TOM VI. 1929 r. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74.

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
" podwójnego " 10 "

CENA OGŁOSZEŃ: za całą stronę 60 zł., za pół 30 zł., za ćwierć 15 zł.

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

TOM VI. 1929 r. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra J. Czarneckiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, D-ra A. Dobrzańskiego, D-ra W. Gumińskiego, D-ra D. Hellina, D-ra B. Karbowskiego, Doc. A. Laskiewicza, D-ra L. Lublinera, D-ra J. Pieniążka, D-ra Polańskiego, D-ra A. Schwarzbarta, Prof. Szmurły, D-ra Tryjarskiego, D-ra Wąsowskiego i Prof. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: Prof. D-r J. SZMURŁO.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz Redakcji: D-r T. WĄSOWSKI.

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74.

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

W I L N O . 1929.
TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TOM VI. 1929 r. ZESZYT 1.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Praca poświęcona p. Prof. D-rowi S. Czernyszewowi w związku z 40-leciem Jego lekarskiej, pedagogicznej, naukowej i społecznej działalności.

Z Kliniki oto-rhino-laryngologicznej II-go Moskiewskiego Uniwersytetu Państwowego. Kierownik: Prof. Dr. L. Swierzewski i Oddziału Chorób Nerwowych I-go Miejskiego Szpitala im. Pirogowa, Kierownik: Prof. Dr. Czernyszew.

O znaczeniu djagnostycznem objawu Argyll-Robertson'a w świetle rozważań oto-neurologicznych *).

(Podali: Dr. M. BIBIKOWA i Dr. H. ZIMMERMAN).

WSTĘP.

Cały szereg autorów, w ich liczbie Margulis [7]), zwracają szczególną uwagę na djagnostykę różniczkową pomiędzy pewnemi formami rozlanego nagminnego zapalenia mózgu, a przymiotem mózgu. Guillain, Jaquet **) i inni dowiedli, że jakkolwiek różniczkowanie tych chorób bywa bardzo trudne, jednakże posiadają one pewną liczbę objawów charakterystycznych dla każdej z nich, a jednym z objawów mogących służyć jako moment różniczkowy, jest objaw Argyll-Robertsona.

Ze względu na to, że objaw ten spostrzegamy też w przypadkach pochodzenia nie luetycznego, w zapaleniu mózgu, w nowotworach mózgu, jamistości rdzenia, dementia praecox, zaniku połowiczym nerwu twarzowego, w następstwie chorób zakaźnych i w zatruciach, zdawaćby się mogło, że objaw ten nie jest patognomoniczny dla kiły.

Jednakże wielu autorów, jak Netter i Jakob [5]), którzy systematycznie szukali tego objawu w zapaleniu mózgu, podkreślają, że najczęściej zauważyć można ten objaw w sprawach przymiotowych (por. Darkszewicz [18]), natomiast bardzo rzadko w zapaleniu mózgu.

*) Wygłoszone w Tow. Oto-Neuro-Ophtalmo-Chirurgicznem dn. 3.IV 28 r.
**) Według Auriat i Grė [5]).

Jednakże Harter[4]) wskazuje, że nierzadko objaw Argyll-Robertson'a zjawia się bądź na początku choroby zakaźnej, bądź jako wczesny objaw w zespole poencephalitycznym. Jeżeli w przypadku Auriat i Gré[5]), biorąc pod uwagę objawy towarzyszące, moglibyśmy myśleć o przymiocie i zapaleniu mózgu, to na podstawie obecności Argyll-Robertson'a bylibyśmy skłonni podejrzewać przymiot, za którym przemawia dodatni odczyn Wassermana. Przypadek obserwowany przez nas z objawem Argyll-Robertson'a, o którym mowa będzie niżej, pozwala nam przypuszczać obecność zapalenia mózgu.

Podstawą do tego były dane, jakieśmy otrzymali przy badaniu centralnego układu nerwowego na odcinku przebiegu szlaków przedsionkowych. To też i w tym przypadku mamy możność potwierdzić już niejednokrotnie wypowiedziany pogląd, że badanie oto-neurologiczne nierzadko czyni bardziej dokładnem rozpoznanie schorzenia mózgu, jak również dowieść, że rozważania oto-neurologiczne rzucają światło na cały szereg innych spraw.

Analizując zespół objawów w naszym przypadku, weźmiemy pod uwagę znaczenie lokalizacyjne, jako też patogenezę powstawania objawu Argyll-Robertson'a.

I.

Przechodzimy obecnie do opisu naszego przypadku.

Chora lat 17-tu przybyła w dniu 6-ym stycznia 1928 r. do I-go Miejskiego Szpitala z powodu krwotoku macicznego i skarg na bóle w dole brzucha i pachwinach.

Wywiady: Matka żyje — lat 48, cierpi na wadę serca. Ojciec zmarł w wieku 38 lat na skutek niewyjaśnionej choroby nerek. Matka miała troje dzieci, z których wszystkie żyją. Gruźlica i przymiot — wykluczone. Chora dotychczas, z wyjątkiem odry i wietrznej ospy na nic nie chorowała.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 2-ma tygodniami. W nocy dnia 22.XII 1927 r. poczuła silny ból głowy i przez dwa dni leżała bez przytomności. W tym czasie zjawił się perjod, który rozpoczął się 15.XII i powinien był się skończyć 23.XII, lecz zamiast tego wystąpił silny krwotok. Do chwili przybycia do szpitala zauważono 6 razy wymioty i nieustający ból głowy. Ciepłota, którą zmierzono tylko raz, wynosiła 37,9. W drugim dniu choroby wezwano lekarza, który obserwował chorą przez szereg dni i, przy normalnej ciepłocie, braku stolców i zatrzymaniu moczu, rozpoznał zapalenie mózgu i w dniu 1-m stycznia skierował chorą do szpitala.

Stan obecny: ułożenie chorej bierne, w półśnie. Ze strony

płuc i serca brak zmian. Język wilgotny, obłożony; brzuch nieco wzdęty, bolesny przy obmacywaniu; po stronie prawej zaznaczona obrona mięśniowa. Wątroba i śledziona dają się wyczuć. Brak stolca i moczu od pięciu dni.

Dane badania ginekologicznego: dziewica, przy badaniu nic patologicznego nie stwierdzono. W ciągu najbliższych dni stan chorej polepszył się. Krwotok ustąpił. Ciepłota w okresie czterotygodniowego pobytu chorej w szpitalu—w granicach 36—37,2.

Badanie krwi: Hb.—70%.
Czerwonych ciałek krwi 4.000.000.
Białych „ „ 7.200.

Odczyn Wassermana we krwi ujemny. W płynie mózgowo-rdzeniowym i w moczu nic patologicznego nie znaleziono.

Dane badania neuropatologicznego (Prof. Dr. S. Czernyszew). Objaw Argyll-Robertson'a, brak odruchów Achillesa. Z braku innych objawów patologicznych ze strony układu nerwowego, chorą przesłano do naszego ambulatorjum, celem zbadania oto-neurologicznego.

Dane badania oto-neurologicznego: po licznych wywiadach z chorą, dowiedzieliśmy się, że czasami przy chodzeniu zbacza w stronę jakby prawą, prócz tego ma zawroty głowy. Przy badaniu stwierdziliśmy: przy otoskopji błony bębenkowe mętne, nieco wciągnięte. W nosie, gardle, jamie nosowo-gardłowej i krtani brak odchyleń od normy. Nieznaczne obniżenie przewodnictwa kostnego po obu stronach. Przy badaniu układu przedsionkowego stwierdza się samoistny przedsionkowy oczopląs wlewo przy spojrzeniu wlewo i mniej intensywny oczopląs wlewo przy spojrzeniu wprawo (Oczopląs III-go stopnia w/g Alexandra).

W czasie trzymiesięcznej obserwacji chorej zauważyliśmy, że nasilenie oczopląsu zmienia się w rozmaitym czasie i powstaje nie przy każdem ustawieniu oczu. Nieraz przy największem odwodzeniu oczu, oczopląs nie występował. Należy też zaznaczyć, że charakter spostrzeganego przez nas oczopląsu nie był zwykłym obrotowym, kiedy gałka oczna opisuje pewną część łuku dokoła przednio-tylnej osi, leżącej między płaszczyzną czołową i strzałkową. W naszym przypadku gałka oczna wykonywa ruchy obrotowe na jednem miejscu dokoła przednio-tylnej osi, leżącej w płaszczyźnie strzałkowej.

Objawu Romberga — przy wszystkich ustawieniach głowy nie stwierdziliśmy. Chodzenie z zamkniętemi oczami—prawidłowe.

Odczyn obrotowy[10]) dał normę: PNyHD ←— 12″, to znaczy, że po obrotach wlewo i zatrzymaniu krzesła otrzymaliśmy oczopląs (oczopląs następczy) poziomy wprawo, trwający 12 sekund. PNyHS —→ 13 sek.

PNyRD ←— 6 sek., t. zn. — po obrotach wlewo i zatrzymaniu krzesła otrzymano oczopląs (oczopląs następczy) obrotowy wprawo trwający 6 sek. PNyRS —→ 8 sek.

PNyW | 10 sek., t. zn.—po obrotach wprawo głową, pochyloną na prawy bark i zatrzymaniu krzesła — otrzymano oczopląs (oczopląs następczy) pionowy ku dołowi.

PNyW | 12 sek. (po obrotach wlewo i pochyleniu głowy na lewy bark); objawu omijania po obrotach nie było.

Odczyn cieplny według Kobraka wodą o ciepłocie 27^0 C.

Podczas oziębiania prawego ucha 5 cm^3 wody — oczopląs nie wystąpił. Podczas oziębiania 10cm^3—wystąpiło 5 ruchów nystagmicznych o charakterze poziomym.

Padania i objawu omijania nie stwierdzono po zużyciu 100 cm^3 wody.

Podczas oziębiania lewego ucha 5 cm^3—10 cm^3—25 cm^3 – oczopląs nie wystąpił. Podczas oziębiania lewego ucha 50 cm^3 – wystąpiły cztery wolne ruchy nystagmiczne. Padania i objawu omijania nie stwierdziliśmy po zużyciu 100 cm^3 wody.

Odczyn cieplny według Barany'ego[10]) wodą ogrzaną do 27 st. C. Po wlaniu do ucha prawego 125 cm^3 wody wystąpił wyraźny NyR, trwający około jednej minuty. Po doświadczalnie wywołanym oczopląsie — oczopląs samoistny wzmógł się. Padanie i objaw omijania bardzo wyraźnie zaznaczone.

Po przepuszczeniu przez lewy przewód zewnętrzny 450 cm^3 wody, wystąpił słaby oczopląs, trwający około 15 sek., charakter zaś oczopląsu samoistnego się nie zmienił. Objaw omijania typowy, lecz mniej wyraźny niż po stronie prawej. Objaw padania niewyraźny. Na skutek oziębienia wystąpił bardzo wyraźny odczyn u chorej.

Wobec tego stwierdzamy znaczne obniżenie pobudliwości błędnika na odczyn cieplny po stronie lewej i mniej znaczne po stronie prawej.

Na podstawie powyższych badań okazało się — porażenie centralne narządu przedsionkowego w ogonowej części rdzenia przedłużonego (Zimmerman).

Badanie oczu: Dno obojga oczów normalne.

O. D. — Vis. — 1,0.

O. S. — Vis. — 0,1.

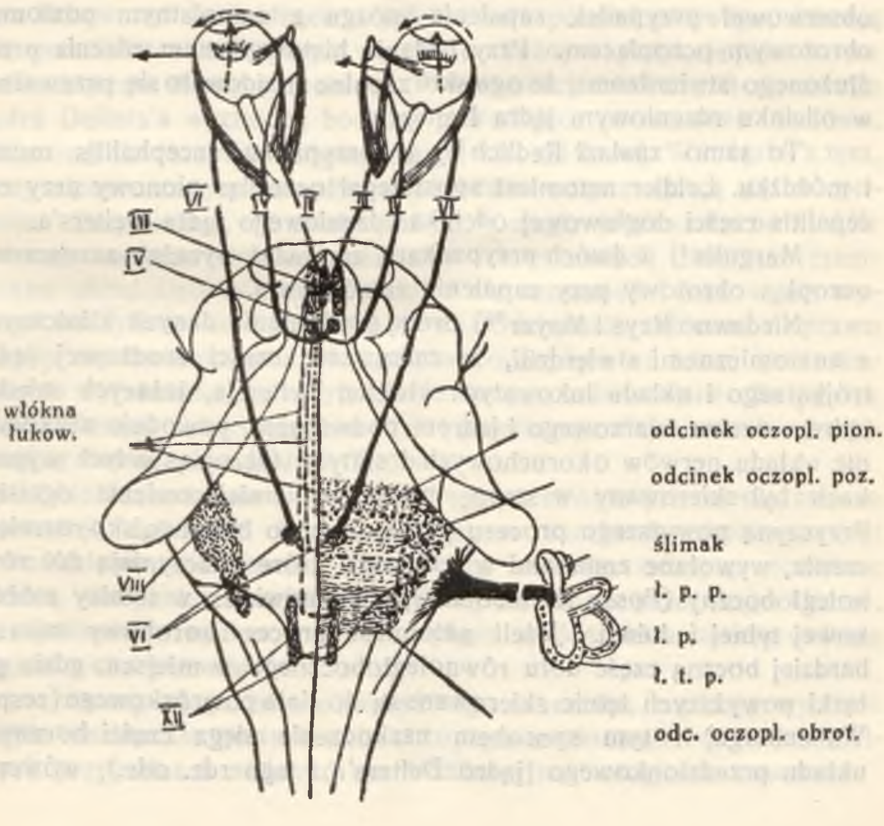
Lewa źrenica nieco węższa od prawej; obie na światło nie reagują. Po stronie prawej wrodzona niezborność (M. Błagowieszczeńskij, S. Spektor).

II.

Na podstawie wykrytego przez nas zespołu objawów ze strony układu przedsionkowego, stwierdzamy zaburzenia czynności układu przedsionkowego, wywołane przez zmiany chorobowe w okolicy zamózgowia.

Marburg[11]) pierwszy zwrócił uwagę na pojawianie się oczopląsu poziomego przy ogniskach w odcinku brzuszno-ogonowym okolicy jądra Deiters'a.

Dzięki badaniom doświadczalnym na królikach, wykazał Leidler[18]), że samoistny poziomy oczopląs wywołać się daje na odcinku między ogonowym początkiem jąder Deiters'a, aż prawie do kolana nerwu twarzowego, obrotowy zaś — w ogonowych odcinkach tej okolicy, a pionowy—w części przedniej (patrz rys. Nr. 1). Podobny stosunek znajdujemy też u ludzi.



Fakty stwierdzone odnośnie do okolicy jąder Deiters'a, pozostają w mocy i w stosunku do włókien łukowatych, odchodzących od niej (okolicy Deiters'a), a przebiegających w składzie tylnego pęczka podłużnego.

Przy jakich schorzeniach ulega zaatakowaniu układ przedsionkowy w okolicy zamózgowia?

Po pierwsze należy odróżniać choroby ostre i przewlekłe.

Z pośród ostrych, ze względów praktycznych, najbardziej istotnemi będą zator lub wylew krwawy z tętnicy móżdżkowej tylnej i dolnej, i zapalenie mózgu; z pośród przewlekłych — stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia, jamistość rdzenia przedłużonego i nowotwory. Wobec tego, że w danym wypadku interesuje nas specjalnie ostre zapalenie mózgu, zwrócimy przeto uwagę na zespół objawów przedsionkowych w tem schorzeniu i uwzględnimy schorzenia układu przedsionkowego w rdzeniu przedłużonym, powstałe na tle zmian w naczyniach.

Dość często oczopląs towarzyszy encephalitis bulbaris. Fremel[11]) obserwował przypadek zapalenia mózgu z samoistnym poziomo-obrotowym oczoplącem. Przy badaniu histologicznem rdzenia przedłużonego stwierdzono, że ognisko zapalne znajdowało się przeważnie w odcinku rdzeniowym jądra Deiters'a.

To samo znalazł Redlich[11]) w przypadku encephalitis mostu i móżdżku. Leidler natomiast spostrzegał oczopląs pionowy przy encepalitis części dogłowowej odcinka rdzeniowego jądra Deiters'a.

Margulis[4]) w dwóch przypadkach zauważył wyraźnie zaznaczony oczopląs obrotowy przy zapaleniu zamózgowia.

Niedawno Reys i Mayer[15]) drogą porównania danych klinicznych z anatomicznemi stwierdzili, że zniszczenie części środkowej jądra trójkątnego i układu łukowatych włókien Deiters'a, leżących między jądrem nerwu twarzowego i jądrem podwójnem, powoduje uszkodzenie układu nerwów okoruchowych i statyki. Oczopląs w tych wypadkach był skierowany w stronę przeciwną umiejscowienia ogniska. Przyczyną powyższego procesu patologicznego było ognisko rozmiękczenia, wywołane zmianami w tętnicach, które unaczyniają dół równoległoboczny (Fossa rhomboidea), a mianowicie: w tętnicy móżdżkowej tylnej i dolnej. Jeżeli natomiast proces chorobowy zajmuje bardziej boczną część dołu równoległobocznego w miejscu, gdzie gałązki powyższych tętnic skierowane są do ciała powrózkowego (zespół Wallenberga) i tym sposobem uszkodzenie sięga części bocznych układu przedsionkowego (jądro Deiters'a i jego rdz. odc.), wówczas

według zdania autorów oczopląs jest skierowany w stronę umiejscowienia ogniska chorobowego. Jednakże cały szereg autorów (André, Thomas, Barré, Roger) na podstawie badań, przeprowadzonych na własnym materjale klinicznym, przyszli do rozmaitych wniosków, mianowicie: jedni twierdzą, że oczopląs jest zawsze skierowany w stronę ogniska (Roger i Barré),—drudzy—w stronę przeciwną umiejscowieniu ogniska (André i Thoma).

Aby ułatwić sobie wyjaśnienie mechanizmu powstawania oczopląsu w każdym przypadku przy uszkodzeniach w okolicy zamózgowia, skorzystamy ze schematu Köllner'a [12]) (rys. Nr. 1), z bardzo wyraźnie oznaczonemi centralnemi szlakami przedsionkowemi, który udostępni nam zrozumienie całego szeregu zjawisk klinicznych. Na tym rysunku jest zaznaczone unerwienie agonistów, powodujących skurcze mięśni ocznych, a opuszczone szlaki innych agonistów (powstrzymujących ruchy). Wytłumaczeniem dla powstawania oczopląsu poziomego w wypadkach uszkodzenia odcinka środkowego dołu równoległobocznego aż do poziomu nerwu odwodzącego będzie następujące rozważanie: włókna łukowate, wychodzące z jąder nerwu przedsionkowego, kierują się przeciwbocznie w tylnym pęczku podłużnym i dotykają jądra nerwu odwodzącego strony przeciwnej. W warunkach normalnych z prawego jądra Deiters'a wychodzą bodźce, powodujące zwrot oczu na lewo, jednocześnie to samo odbywa się po stronie lewej. W związku z tem, przy nienaruszonym powyższym układzie—oczy znajdują się w spokoju. Przypuśćmy, że szlaki powyższe uległy przerwaniu po stronie prawej, co spowodowało osłabienie ich czynności, skutkiem czego prawy układ Deiters'a czynnościowo się wzmocnił i jako wynik wystąpi odchylenie oczu w stronę prawą. Odchylenie zaś oczu na prawo równa się zwolnionemu składnikowi oczopląsu na lewo (patrz dokładne wyjaśnienie) [8]). Wyjaśnienie to jest zastosowane dla ognisk z oczopląsem, skierowanym w stronę przeciwną umiejscowienia ogniska według twierdzenia André—Thomas.

Ale uszkodzenie układu Deiters'a po stronie prawej nie zawsze powoduje osłabienie jego czynności, a przeciwnie, możliwem jest wzmocnienie tego układu. Otrzymamy wówczas oczopląs w stronę prawą. Warunek ten wyjaśni nam dane, otrzymane przez Roger i Barré, a mianowicie: występowanie oczopląsu w kierunku umiejscowienia ogniska chorobowego.

Inaczej, na podstawie powyższego schematu, możemy wyjaśnić sobie mechanizm powstawania oczopląsu poziomego i w poszczególnych przypadkach nadawać mu lokalizacyjno-biologiczne znaczenie.

Ten sam sposób rozumowania nadaje się do wytłumaczenia samoistnego oczopląsu obrotowego.

Należy przypuścić, że w danym wypadku włókna łukowate, wychodzące z jąder Deiters'a, krzyżują się w tylnym pęczku podłużnym strony przeciwnej. W tem miejscu prawe włókna łukowate dotykają lewych jąder nerwów mięśni skośnych oka. Lecz lewe jądro nerwu bloczkowego, naskutek skrzyżowania nerwu bloczkowego, unerwia prawy górny mięsień skośny i powoduje obrót prawego oka na lewo, a wobec ruchów skojarzonych obydwie gałki oczne obracają się na lewo.

Z tego wynika, że bardziej obwodowe odcinki prawego dołu równoległobocznego zawierają włókna, które przewodzą ruchy obrotowe na lewo (analogicznie do tego, co ma miejsce przy ruchach poziomych). Wobec czego, zupełne wypadnięcie lub osłabienie czynności włókien strony prawej, powinno wywołać samoistny oczopląs obrotowy na lewo bądź też, uszkodzenie włókien po stronie prawej przy czynności wzmocnionej—oczopląs na prawo.

Po dokonaniu rozbioru fizjologicznego mechanizmu występowania oczopląsu przy uszkodzeniach w okolicy jąder przedsionkowych, będziemy mogli z łatwością wyjaśnić sobie znaczenie danych, otrzymanych przy badaniu naszej chorej.

Obecność samoistnego oczopląsu obrotowego na lewo przemawia za uszkodzeniem w części obwodowej dołu równoległobocznego przy wzmocnionej pobudliwości szlaków lewostronnych, albo uszkodzeniem strony prawej z pobudliwością obniżoną.

Badanie odczynu cieplnego wykazało obustronne uszkodzenie w postaci obniżenia pobudliwości po obu stronach, jednak w stopniu wybitniejszym po stronie lewej. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że mamy przed sobą pewną sprzeczność, albowiem, zgodnie z naszemi rozważaniami, powinniśmy byli oczekiwać wzmożenia pobudliwości po stronie lewej, gdy tymczasem otrzymaliśmy obniżenie pobudliwości. Należy też uwzględnić, że ocenie pobudliwości narządu przedsionkowego przy pomocy odczynu cieplnego, nie zawsze odpowiada współmierne natężenie bodźca jego.

Istotnem jest to, że odczyn cieplny dokładnie wykazał uszkodzenie narządu przedsionkowego, mianowicie, obniżenie jego czynności. Nie wyłącza to obecności zwiększonej intensywności podrażnienia owego narządu przedsionkowego. O wypadkach drgawek kurczowych gałki ocznej po zapaleniu mózgu przy obniżeniu pobudliwości cieplnej donosi Helsmortel[17]).

III.

Biorąc pod uwagę wywiady i stan chorej zaznaczamy, że pacjentka zachorowała nagle przy ciepłocie podwyższonej z objawami ze strony mózgu, jak brak przytomności, wymioty, zatrzymanie kału i moczu. Badanie kliniczne stwierdziło senność, objaw Argyll-Robertson'a, brak odruchów Achillesa, normalny płyn rdzeniowo-mózgowy, obniżone przewodnictwo kostne i uszkodzenie narządu przedsionkowego w odcinku ogonowym rdzenia przedłużonego. Na podstawie tych objawów musieliśmy różniczkować pomiędzy przymiotem mózgu a ostrem zapaleniem mózgu. Za przymiotem przemawiał objaw Argyll-Robertson'a. Jednakże, w związku z wynikiem badań przypadków z kiłą nerwów, w których brak było zespołu objawów przedsionkowych, skłonni jesteśmy przypuszczać, że w naszym wypadku objaw Argyll-Robertson'a był wywołany przez ostre zapalenie mózgu. To, że powyższemu objawowi towarzyszy schorzenie narządu przedsionkowego, w doogonowym odcinku rdzenia przedłużonego, daje powód poruszyć znowu sprawę znaczenia lokalizacyjnego objawu Argyll-Robertson'a. Jednakże w dostępnem nam piśmiennictwie nie znaleźliśmy obydwóch tych objawów przy ostrem zapaleniu mózgu.

Jakkolwiek nie tak dawno Grüstein i Georgieff[3]) dowiedli anatomicznie, że brak odczynu źrenic na światło zależy od uszkodzenia łuku odruchowego odruchu źrenicy, przechodzącego przez ciałka czworacze i przebiegającego od szlaków wzrokowych do ośrodka zwieracza źrenicy, jednakowoż szereg autorów (Stülp, Pineles, Schlift) odrzuca to twierdzenie na podstawie obserwowanych przez nich przypadków paraliżu mięśni wewnętrznych przy stanie normalnym jądra Edinger-Westphal'a. Uwzględniając to Bach[2]) ogłosił teorję, którą starał się potwierdzić doświadczalnie. Według jego zdania w rdzeniu przedłużonym mają być ośrodki wzrokowe, których czynność się rozpoczyna z chwilą wystąpienia odruchowego podrażnienia świetlnego. Pogląd ten uzasadnił on tem, że po przecięciu rdzenia przedłużonego w dolnej części dołu równoległobocznego u kota, wystąpiła natychmiast odruchowa nieruchomość obu źrenic. Jednakże badania innych autorów poglądu tego nie potwierdziły i ostatecznie sam Bach prawie że go odrzucił. Również i pogląd Förstera[2]) i Lafona[20]), że nieruchomość odruchowa źrenicy jest wywołana przez paraliż obwodowych włókien sympatycznych, rozszerzających źrenice, nie został potwierdzony, ponieważ nawet zupełne przecięcie szyjnego węzła sympatycznego nie wywołało odruchowej nieruchomości źrenic.

Budge [1]) na podstawie systematycznych badań dowiódł, że w rdzeniu między szóstym szyjnym i czwartym piersiowym odcinkiem znajduje się ośrodek rozszerzający źrenicę i nazwał go „centrum ciliospinale inferius“. Prócz tego ośrodka, leżącego w rdzeniu, przypuszcza on o istnieniu wyżej leżącego ośrodka w rdzeniu przedłużonym w pobliżu jądra nerwu podjęzykowego i nazwał go „centrum ciliospinale superius.

Po zestawieniu powyższych poglądów na znaczenie lokalizacyjne ośrodków odruchu świetlnego źrenic, należy podać następujący poniżej pogląd. Jako rezultat współczynności ośrodka zwężającego źrenicę, leżącego w ciałkach czworaczych i ośrodka ciliospinale, otrzymujemy odruch źrenic na światło. Uszkodzenie tego współdziałania— wywołuje objaw Argyll-Robertson'a. Biorąc pod uwagę powyższe, przypadek nasz przyczynia się do potwierdzenia poglądu na znaczenie lokalizacyjne odruchu źrenicowego, zaniedbanego przez Bacha, a uznawanego po dzień dzisiejszy przez Budge.

Dalsze kliniczne i anatomiczne badania [14]) przy schorzeniach centralnego narządu przedsionkowego w przypadkach z obecnością objawu Argyll-Robertson'a dadzą nam możność lepszego wypowiedzenia się o znaczeniu lokalizacyjnem i mechaniźmie odruchu źrenicowego wogóle i objawu Argyll-Robertson'a w szczególności.

Piśmiennictwo.

1. Wilbrand Saenger: Neurologie des auges. m. IX. 2. R. Bing: Gehirn u. Auge 1923 r. str. 28—29. 3. Grünstein u. O. Georgieff: Zur Frage der Pupilleninnervation. Zeitschrift f. d. gesamte Neurologie. Bd. 94. 1925. 4. R.-J. Harter: Le signe d'Argyll-Robertson dans l'encephalite épidémique. Thèse de Nancy 1924 r. 5. Auriat et Gré: De la valeur du signe d'Argyll-Robertson. Revue d'oto-neuro-optalmol. Nr. 9. 1927 r. 6. N. Ławrientiew: O zraczkowych simptomach pri parkinsonizmie posle epidemiczeskawo encephaita. Wraczebnaja Gazieta Gosizdat. 1923 r. Nr. 16. 7. M. Margulis: Ostryj, encephalit epidemiczeskij i sporadiczeskij. Gosizdat. 1923 str. 239. 8. E. Tereniecki j, Zimmerman, Czernyszew: K woprosu o diagnostikie opucholej mosta. Żurn. uszn. gorł. nos. bol. 1—4. 1928. 9. A. Ajwazow: K woprosu ob izsledowanji usznawo łabirinta minimalnymi kałoriczeskimi razdrażeniami. Żurn. uszn. gorł. nos. bol. 1—4. 1928. 10. Wojaczek: Prakticzeskie mietody izsledowania łabiryntnych funkcji. 1915. 11. Alexander, Marburg: Handbuch d. Neurologie d. Ohres I Band S. 992. 12. Köllner: Nystagmus bei Hirnervenparesen als Herdsymptom. Archiv f. Aufenheilkunde. 1924, 94 Bd. 3 u. 4 Heft. str. 167—175. 13. Leidler: Arbeit aus dem neurolog Institut Wien XX 1913 u. 1919. 14. L. Jones, W. Spiller: The central tractus of the nervus vestib. Brain. Sept. 1925. 15. L. Revs u. P. Meyer: Considerations sur les troubles vestibulaires des syndromes hémibulbaires d'origine arterielle. Revue d'oto-neuro-

ophtalmol. Nr. 3. 1928. 16. H. Roger, Simeon, Coulange: Syndrome de cestan-chenals par ramollissement bulbaire gauche. Très légers signes paretiques gauches et Nystagmus antihoraire. Ibid. 17. Helsmortel: Etat des fonctions vestibulaires dans les crises oculogyres postencephaliques. Etude d'une nouvelle observation. Zentralbl. f. Ohrenkeilk. 1926 r. 25 November, str. 650. 18. Darkszewicz: Kurs nierwnych bolezniej. 1922. 19. A. Tieri: La teoria patogenetica del segno di Argyll-Robertson Rivista oto-neuro-oftalmologica vol. Y Fasc. III 1928. 20. Lafon: Le signe d'Argyll-Robertson. Revue d'oto-neuro-oculistique Nr. 7. 1927. 21. Duverger et Redslob: Pathogénie du signe d'Agryll-Robertsohn. Revue d' O.-N.-O. I 1923.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej 2-go Moskiewskiego Uniwersytetu Państwowego.
Kierownik: Prof. Dr. *L. Swierżewski*

Przyczynek do guzów mieszanych gardła i podniebienia twardego.

Podał: Dr. S. WULFSON.

Wśród całego szeregu guzów gardła jak również podniebienia twardego i miękkiego znajdujemy takie, budowa których wykazuje różnorodny obraz i gdzie tkanki rozmieszczone są bez wszelkiego porządku. Otóż te nowotwory, które otrzymały nazwę mieszanych dzięki swoistemu drobnowidowemu i klinicznemu obrazowi, zajmują szczególne miejsce w szeregu innych nowotworów tej okolicy. Guzy takie mogą mieć swe siedlisko zarówno w rozmaitych okolicach głowy, jak: w okolicy gruczołu przyusznego, szczęki dolnej, policzków i oczodołów, jak również i w innych narządach, np.: gruczole mlecznym, nerkach, tarczycy i innych. (Serapin, Kümmel, Volkmann i inni). Według Harnera podniebienie, jak również gruczoł przyuszny są ulubionemi siedliskami guzów mieszanych. Co się zaś tyczy mianownictwa, to jedne i te same guzy są opisywane pod rozmaitemi nazwami. Zależy to od tego, że zgodnie ze spostrzeżeniami niektórych autorów (Borst i inni) guzy te drobnowidowo nietylko wykazują rozmaitą budowę, ale nawet w jednym i tym samym guzie w różnych miejscach posiadają budowę odmienną. Dzięki istnieniu różnych poglądów co do pochodzenia i znaczenia tych nowotworów, należy wytłumaczyć sobie rozmaite ich mianownictwo. Dlatego też rozpatrywano je bądź jako gruczolaki śluzówki (Michon, Robin i Python) bądź jako gruczolako-mięsaki (Richard, Despris, Coyene), bądź jako mięsaki (Barriere), naczyniaki, raki (de Larabrie),

bądź jako śródbłoniaki i obłoniaki (Eisenmenger, Volkmann, Gratia i inni).

Z klinicznego punktu widzenia guzy mieszane gardzieli i podniebienia miękkiego i twardego jak również i innych części głowy mają mniej więcej określony wygląd. Mają one zbitą torebkę włóknistą, wyróżniają się przebiegiem dobrotliwym i przy niedoszczętnem ich usunięciu skłonne są dawać nawroty, lecz nie przerzuty, i rzadko ulegają przekształceniu w nowotwory złośliwe (Kümmel, Serapin, Opokin i inni). Przedstawiają się one w postaci półkulistych wybujałości o rozmaitej konsystencji w różnych miejscach. Na swej wolnej powierzchni są one zwykle obciągnięte ścieńczałą śluzówką. Rozmiarami swymi mogą wypełniać całą jamę ustną lub jamę noso-gardłową do tego stopnia, że przyjmowanie pokarmów staje się niemożliwem; lecz takie rozmiary osiągają one w przeciągu bardzo długiego czasu, gdyż rosną bardzo wolno. Defontaine opisał guz mieszany który rósł 55 lat. Guz zachowuje łagodne cechy dopóty, dopóki nowotworzące się bez przerwy tkanki pod wpływem urazu lub innej przyczyny, nabrawszy złośliwego przebiegu, nie przerosną swej torebki. Wtedy guz dzięki swemu rozrostowi może wywołać alarmujące objawy, jak utrudniony oddech lub niedrożność dla pokarmów i spowodować wyniszczenie (Kümmel, Opokin, Nasse i inni). Wobec tego staje się konieczne wczesne rozpoznawanie ich i we właściwym czasie wykonany zabieg chirurgiczny.

Co się zaś tyczy umiejscowienia omawianych guzów, to według obserwacji licznych autorów (Wilms'a, Paget'a, Morestin'a, Serapina, Opokina i innych) najczęściej spotykamy je na podniebieniu miękkiem lub na granicy miękkiego z twardem; w okolicy zaś twardego podniebienia guzy mieszane spotykamy rzadko. Omawiane guzy znajdujemy częściej na lewej niż na prawej stronie (z pośród naszych trzech przypadków, w dwóch guz znajdował się na stronie prawej), lecz nigdy w linji środkowej (Opokin, Kümmel, Mikulicz) czem się odróżniają od kilaków.

Ciekawa jest kwestja pochodzenia tych guzów. Pierwszy, który zwrócił uwagę na guzy mieszane w roku 1847 był Nelaton. Pomimo wielkiej ilości prac o danej kwestji, charakter komórek guzów mieszanych pozostaje dotychczas nie wyjaśniony.

Istniejące poglądy można podzielić na dwie grupy: do pierwszej zaliczać należy te, w których guzy powyższe uważane są jako śródbłoniaki. Pogląd ten był szczegółowo opracowany przez Volkmanna i innych autorów (Eisenmenger, Nasse, Küttner, Steinhaus, F. Ne-

umann i inni). Według zdania powyższych autorów w guzach mieszanych części składowe nowotworu pochodzą od dawno istniejącej tkanki odpowiednich okolic (miąższu i podścieliska). Zwolennicy owego poglądu upatrują w komórkach związek genetyczny ze śródbłonkiem szczelin limfatycznych, rzadziej zaś ze śródbłonkiem naczyń limfatycznych. Śródbłonek naczyń krwionośnych rzadko bierze w tem udział. Według zdania wymienionych autorów łączność zwojów komórkowych ze śródbłonkiem szczelin limfatycznych występuje najwyraźniej na obwodzie tych guzów, który jest uważany za najmłodszą część nowotworu.

Następny pogląd, polegający na tem, że elementy komórkowe są pochodzenia nabłonkowego, został opracowany przez Hinsberga, Wilmsa, Ribberta, Serapina i innych; według zdania tych autorów obydwie części składowe guzów mieszanych (elementy nabłonkowe komórkowe i podścielisko) rozwijają się z embrjonalnych zawiązków, które pozostały niezużytemi w procesie rozwoju odpowiedniej okolicy organizmu w sensie Conheim'a. Podobny mechanizm daje się potwierdzić po pierwsze tem, że guzy takie makroskopowo odgraniczają się od sąsiednich części, powtóre tem, że mikroskopowo znajdujemy obok sformowanych tkanek i takie, które są jeszcze w stanie rozwoju embrjonalnego. Z powyższego należy wnioskować, że mamy do czynienia z samodzielnie rosnącym i rozwijającym się zespołem organicznie związanych tkanek.

Który z powyższych poglądów jest słusznym trudno powiedzieć. Nasze przypadki w jednakowym stopniu zgadzają się z obydwoma poglądami.

Z powyższego widzimy, że jeden i ten sam guz w rozmaitych miejscach różnie bywa zbudowany; z tego wynika przedewszystkiem, że guzy mięszane należy badać nie na małych kawałkach guza przypadkowo wyciętych, a w miarę możności na serji dużych wycinków. Do jakiego stopnia może być skomplikowana budowa guzów mieszanych dowodzi między innemi przypadek Serapina, w którym guz był rozpoznany jako włókniako—śluzako—chrzęstniako—torbielako—gruczolako—nabłoniak.

O ile nam wiadomo w rosyjskiem piśmiennictwie oto-laryngologicznem niema nawet wzmianki o guzach mieszanych gardła i podniebienia. W rosyjskiem chirurgicznem piśmiennictwie mało znajdujemy prac o guzach mieszanych tych okolic. Znane są prace Serapina z 1903 r., Bogolubowa—1906, Opokina—1912. Z pośród autorów cudzoziemskich, zajmujących się tą kwestją należy wymienić:

Eisenmengera, Bergera, Wilmsa, Mikulicza, Lossera, Nasse'go, Volkmanna, Hinsberga i in.

Przytoczę obecnie własne przypadki.

Przypadek Nr. 1.

W marcu 1926 roku zgłosił się do ambulatorjum naszej kliniki chory T. w wieku lat 56 ze skargami na uczucie obecności guza w jamie ustnej i gardle, datujące się od 1913 r.

Historja obecnej choroby: przed 13-tu laty wystąpił kaszel. Z nastaniem wiosny lub jesieni zjawiały się bóle przy połykaniu. Chory udał się do miejscowego lekarza, który mu jakoby usunął niewielki guz w okolicy języczka po stronie lewej. Od owego czasu guz stopniowo się powiększał nie wywołując jednak bólu, aczkolwiek przeszkadzał w połykaniu. W ostatnich czasach chory jakoby nie schudł.

Stan obecny: stan ogólny dobry, budowa prawidłowa; wzrost średni. Drogą palpacji w okolicy lewego kąta żuchwy ustalono wyniosłość, występującą nieco ku przodowi i dołowi z pod dolnego ramienia żuchwy. Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjowe niemacalne. Przy oględzinach jamy ustnej ustaliliśmy: podniebienie·miękkie nakształt kuli wystaje do jamy ustnej. Przy badaniu palcem wyczuwa się guz o dość zbitej konsystencji, nieruchomy, wychodzący prawdopodobnie z wewnętrznej strony lewego wyrostka skrzydłowego. Guz zapomocą szypuł przyciągnięty do drugiego guza również ograniczonego, umieszczonego na miejscu migdałka odpowiedniej strony. Drugi guz jest nieznacznie opuszczony na nasadę języka. Po stronie lewej język jest odepchnięty ku dołowi. Nagłośnia nieco odsunięta na prawo, pozatem — norma. Głos chorego brzmi głucho. Nos: zboczenie przegrody nosowej na prawo. Przy wziernikowaniu przez lewą szeroką połowę nosa widać guz podniebienia miękkiego, nieznacznie zamykający od dołu światło lewych nozdrzy tylnych. Badanie uszu wykazało: zmętnienie i wciągnięcie obydwóch bębenków. Szept — norma. Co do rozpoznania różniczkowego, to w danym wypadku należałoby myśleć o tętniaku tętnicy szyjnej zewnętrznej lub szczękowej wewnętrznej, ponieważ należy zawsze to mieć na względzie w wypadkach, kiedy guzy znajdują się za bardzo ku tyłowi. Należałoby ewentualnie wykluczyć kilak, który w przeważnej części lokuje się na linji środkowej i w większości przypadków jest pokryty czerwoną śluzówką, gdy tymczasem w naszym przypadku śluzówka pokrywająca guz jest cienką, zanikłą widocznie pod wpływem powiększających się rozmiarów guza.

Mamy wobec tego do czynienia z nowotworem, zajmującym lewą połowę jamy ustnej i jamy nosowo-gardłowej. Trzynastoletni rozwój, wyraźne granice, brak bolesności przemawiają za dobrotliwością guza; brak przerzutów i wyniszczenia potwierdzają powyższe. Biopsia 26.III. Badanie drobnowidowe nie wykazało ani procesu swoistego, ani elementów nowotworowych. Skonstatowaliśmy tkankę o budowie limfatycznej, odpowiadającą budowie migdałka, miejscami zaś znaleźliśmy obraz niezupełnie rozwiniętego stwardnienia tkanki limfatycznej (przewlekły stan zapalny). Badanie krwi: osiadanie—38, krzepliwość normalna.

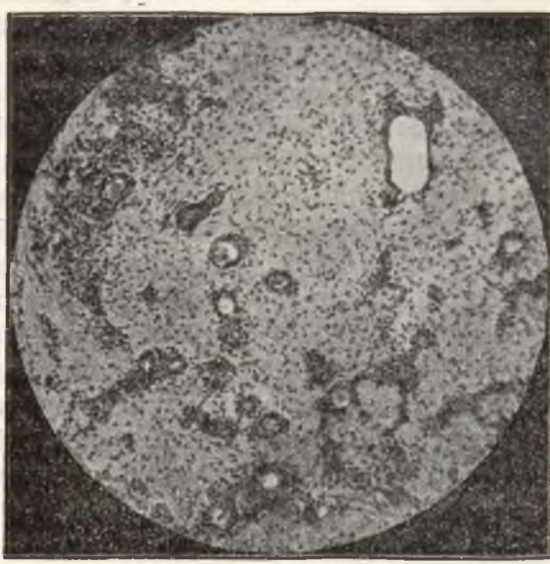
9 kwietnia została wykonana operacja usunięcia guza (prof. dr. L. Swierżewski). Zabiegu dokonano w pozycji leżącej z głową opuszczoną z zastosowaniem znieczulenia miejscowego (sol. novoc. 1% plus adren.). Cięcie pionowe wzdłuż guza do migdałka. Stwierdzony pod śluzówką guz posiadał w kilku miejscach słabe zrosty. Tylko w dwóch miejscach, a mianowicie: 1) w okolicy migdałka i 2) z tyłu w głębi, zrosty były silniej rozwinięte. Za pomocą palca i nożyczek można było obejść guz z wyjątkiem miejsc z bardzo silnemi zrostami: w głębi nazewnątrz i od dołu. Częściowo usunięto guz, składający się z tkanki bezkształtnej. Pozostałą dolną część guza usunięto doszczętnie za pomocą pętli; w części guza umiejscowionej pod kątem żuchwy znaleźliśmy chrząstkę. Usuwając w ten sposób górno-tylną część guza, stwierdziliśmy, że guz jest zrośnięty z mięśniami kręgosłupa. Okazało się, że guz jest zrośnięty też z migdałkiem. Po usunięciu całego guza i części migdałka, zastosowano diathermię (koagulacja migdałków i dokoła leżących tkanek; fulguracja całej pozostałej okolicy). Ranę zatamponowano i zaszyto. W czasie operacji miało miejsce umiarkowane krwawienie.

W ciągu pierwszych kilku dni po operacji język był spuchnięty; chory nie mógł mówić, połykał tylko płyny, oddychał natomiast zadawalniająco. Na siódmy dzień po operacji objawy podrażnienia znikły, chory swobodnie otwierał usta. Samopoczucie chorego dobre. Z rany usunięto tampony i zdjęto szwy. 28.IV chory został wypisany z kliniki. Rana zabliźniła się, bóle przy połykaniu znikły. Ogólny stan dobry. Choremu polecono zgłosić się powtórnie po upływie 6-cu miesięcy.

Badanie drobnowidowe usuniętego guza wykonane przez d-ra Z. Morgensterna *) wykazało: różne odcinki guza mają niejednakową

*) W obydwóch naszych przypadkach badanie drobnowidowe wykonał dr. Z. Morgenstern, za co jesteśmy Mu bardzo wdzięczni.

budowę. Miejscami znajdujemy tkankę szklistą, w której są rozrzucone oddzielne komórki. Miejscami natomiast spotykamy odcinki, mające budowę luźnej tkanki łącznej, bogatej w komórki. Niektóre takie odcinki barwią się w błękitny odcień o charakterze śluzakowatym. W masie swej tkanka guza składa się z komórek typu śródbłonkowego z jasnem pęcherzykowatem jądrem. Grupują się one przeważnie dokoła niedużych naczyń włosowatych szczelin limfatycznych w kilka rzędów. Gdzieniegdzie komórki te w postaci zwojów łączą się wzajemnie. Rozwój tych komórek jest spokojny. Figur mitotycznych nie skonstatowano. Zwoje jasnych komórek śródbłonkowych leżą bądź w tkance luźnej, bądź w tkance łącznej włóknistej; miejscami napotykamy ogniska komórek śródbłonkowych o charakterze wielopostaciowym i wzroście chaotycznym. Dokoła tkanki guzowatej znajduje się torebka włóknista, wszędzie dobrze zachowana. Mamy do czynienia więc z guzem mieszanym dobrotliwym.



Rys. 1

Przypadek II. Chora H. lat 45, zgłosiła się do kliniki w Grudniu 1927 r. ze skargami, na uczucie obecności guza w jamie ustnej, utrudniony oddech przez nos i prawostronny silny katar nosa. Prócz tego skarży się na głuchotę.

Wywiady: Rodzice chorej żyją i są zdrowi. Ani nasza pacjentka, ani nikt z rodziny na gruźlicę i przymiot nie chorował. Z sześciorga dzieci, troje zmarło w dzieciństwie z rozmaitych powodów, pozostałe są zdrowe, z wyjątkiem naszej pacjentki. Chora, jako drugie z rzędu dziecko, wychowywała i rozwijała się normalnie. W dzieciństwie przechodziła odrę, w 11-ym roku życia — tyfus plamisty, poczem zaczęła stopniowo tracić słuch.

Historja obecnej choroby: przed 12-u laty chora zauważyła obrzęk w jamie ustnej po stronie prawej obok trzonowego zęba górnej szczęki; obrzęk ten nieco przeszkadzał przy jedzeniu. Bolesności nie zauważyła. Po roku koło zęba mądrości utworzył się wrzód, który następnie pękł, poczem ząb zaczął się chwiać, a obrzęk który dotychczas był wielkości orzecha laskowego, zaczął się stopniowo powiększać. Przed rokiem chora zaczęła uskarżać się na prawostronny katar nosa, który do dzisiejszego dnia nie ustąpił.

Stan obecny: chora średniego wzrostu, odżywiona dostatecznie, kościec rozwinięty prawidłowo, umięśienie słabe. Skóra i błony śluzowe blade. Przegroda nosowa dość silnie zbacza w stronę lewą. W lewej połowie nosa zmian chorobowych nie stwierdzono, w prawej — małżowina dolna nieznacznie obrzęknięta; w środkowym przewodzie nosowym gęsta ropa (przekłucie prawej zatoki szczękowej wykazało dużą zawartość ropy). W jamie nosowo-gardłowej brak zmian. Choany wyraźnie widoczne.

Jama ustna: na prawej stronie podniebienia twardego widać wyraźnie guz wielkości dużego jaja kurzego o konsystencji twardej. Sluzówka, pokrywająca guz, blada. Guz słabo ruchomy w tylnej części; zupełnie niebolesny. W górnej szczęce dwa zęby trzonowe ze zmianami próchnicowemi. W krtani zmian chorobowych nie stwierdzono. Gruczoły chłonne szyi niemacalne. Błony bębenkowe w obydwu uszach wciągnięte, zgrubiałe, z całym szeregiem rozsianych zwapniałych wysepek. Badanie słuchu wykazało schorzenie narządu słuchowego. Pozostałe narządy nie wykazują zmian chorobowych Odczyn Wassermana ujemny. Osiadanie krwi według Westergren'a— 12 działek na godzinę. Roentgen: prawa zatoka szczękowa intensywnie zaciemniona. Badanie w pozycji bocznej wykazało, że na okolicy zatok szczękowych odbija się dość wyraźny grzybowaty twór, skierowany do podniebienia.

Na podstawie klinicznego obrazu i badań laboratoryjnych, przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z dwoma samoistnemi schorzeniami: 1) guz mieszany podniebienia twardego (długotrwały, powolny

rozwój guza — 12 lat, niebolesność, brak przerzutów, szczególne umiejscowienie i inne typowe cechy), 2) chroniczne ropne zapalenie prawej zatoki szczękowej. Nie jest wykluczona możliwość komunikacji guza z żatoką szczękową.

13 stycznia 1928 r. po zastosowaniu miejscowego znieczulenia (nowocain. 1% plus adr.) wykonana została operacja prawej zatoki szczękowej według Denker'a (Prof. L. Swierżewski). W zatoce szczękowej dużo cuchnącej ropy i ziarniny. Zrobiono szerokie przejście do jamy nosowej. Ani w jamie nosowej, ani w zatoce szczękowej nowotworu nie skonstatowano. Dno zatoki szczękowej w części środkowej wybitnie wypuklone. Wszystko co było patologicznego usunięto w zakresie zdrowych tkanek. Wytamponowano zatokę szczękową. Drugi etap operacji składał się z cięcia wzdłuż guza na podniebieniu twardem. Guz wielkości jaja kurzego, konsystencji twardej z łatwością na tępo dał się wyłuszczyć. Na oba cięcia nałożono szwy. Gojenie—per primam intentionem. Na 8-my dzień po operacji — z normalną temperaturą i dobrem samopoczuciem chora została wypisana. Późniejsze obserwacje ustaliły zupełne wyzdrowienie.

Histologiczne badanie dało następujące wyniki: rozmaite odcinki guza mają niejednakową budowę; miejscami spotykamy duże odcinki tkanki łącznej, miejscami zaś — odcinki są zajęte przez komórki nadbłonkowe i ułożone w postaci pęcherzyków, w pewnych miejscach znajdujemy większe lub mniejsze wysepki tkanki chrząstkowej. Wzrost guza spokojny. Guz miejscami przerasta otaczającą torebkę, składającą się z tkanki łącznej. Rozpoznanie: guz mieszany.

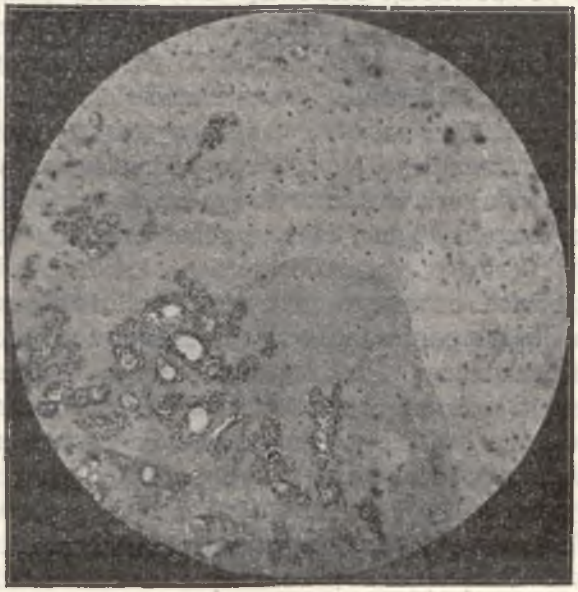
Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę ze względu na przerastanie torebki, wobec czego dobrotliwość guza tego podlega pewnym zastrzeżeniom. Skłonni jesteśmy więc uważać go za „względnie dobrotliwy".

Przypadek Nr. 3. Chora 39 lat zgłosiła się do kliniki w czerwcu 1928 r. ze skargami na uczucie guza na podniebieniu twardem.

Wywiady: Ojciec chorej umarł w wieku lat 71 ze starości. Matka ma lat 74, jest zdrowa. Siostry i bracia zdrowi. Na gruźlicę, przymiot nie chorowała, również nie chorował nikt w rodzinie. Chora zamężna od 22 lat. Miała siedmioro dzieci, z których dwoje umarło w dzieciństwie, pozostałe żyją i są zdrowe. Przechodziła w dzieciństwie odrę; w 30 roku życia — tyfus plamisty, w 34 roku — malarję.

Początek obecnej choroby: Przed 3-ma laty chora skarżyła się na ból zębów z prawej strony. Zjawił się obrzęk na podniebieniu

twardem tej strony. Bóle zębów wkrótce znikły, obrzęk ustąpił. Po roku chora zauważyła przypadkowo w lustrze na podniebieniu twardem z prawej strony guz wielkości orzecha greckiego.



Rys. 2

Stan obecny: Chora średniego wzrostu, budowy prawidłowej, skóra i błony śluzowe normalnie zabarwione. Warstwa tłuszczu podskórna rozwinięta zadawalająco. Kościec rozwinięty prawidłowo.

Jama ustna: W szczękach górnej i dolnej lewej stwierdzono kilka zębów z próchnicą. Twarde podniebienie wysokie. Na tem ostatniem, na granicy z miękkiem, na prawo od linji środkowej znajduje się guz wielkości niedużego jaja kurzego. Sluzówka, pokrywająca guz, napięta, atroficzna. Guz słabo ruchomy, zbity i niebolesny na dotyk. W pozostałych narządach brak zmian patologicznych.

Na podstawie wywiadów i obrazu klinicznego rozpoznanie było zupełnie wyraźne: skonstatowano guz mieszany (powolny rozwój, łagodny przebieg, typowe umiejscowienie). Badanie rentgenologiczne podniebienia twardego, zatok szczękowych, jakoteż—krwi na odczyn W., na morfologję, osiadanie, krzepliwość, nic patologicznego nie wykazało.

30 czerwca 1928 r. została wykonana operacja usunięcia guza (Prof. L. Swierżewski). Pozycja chorej według Rose. Znieczulenie miejscowe (instylacja 20% rozczynem kokainy śluzówki twardego i miękkiego podniebienia). Sluzówkę jamy ustnej posmarowano 1% rozczynem atropiny (w celu osłabienia ślinotoku), wstrzyknięto wokoło guza w obrębie zdrowych tkanek 35 gr. 1% rozczynu novocain plus adren. 1/1000. 15 kropli. Pionowe cięcie długości 8 centym. po powierzchni guza. Guz został w całości wyłuszczony na tępo z pod cienkiej śluzówki twardego i miękkiego podniebienia. W rozmaitych miejscach otoczka guza zlekka zrośnięta z warstwą podśluzową. Guz wychodził ze szczeliny tylnej części podniebienia twardego. Szczelina wielkości dziesięciogroszówki dochodzi w lewo do miękkich części dolnego przewodu nosowego. Na cięcia nałożono szwy. Twarde podniebienie wytamponowano gazą jodoformową. Przebieg operacji niebolesny i bezkrwawy. Przebieg pooperacyjny — bez komplikacji. Na 8-y dzień po operacji chora wypisała się zupełnie zdrowa.

Histologiczne badanie guza wykazało co następuje:

Tkanka nowotworu w masie swej składa się z komórek okrągłego i polyedrycznego kształtu z jasnem pęcherzykowatem jądrem typu śródbłonkowatego. Są one przeważnie ułożone dokoła szczelin limfatycznych. Znajdująca się na dużych odcinkach tkanka łączna



Rys. 3

jest miejscami szklista. Guz należy do typu śródbłonkowych; może być nazwany mieszanym fibro-endothelioma (włókniako-śródbłoniakiem).

Na zakończenie omówimy w skróceniu kwestję zabiegu operacyjnego; jak wskazuje piśmennictwo; guzy podniebienia twardego i miękkiego, gardzieli i przełyku są operowane przez różnych autorów rozmaicie. Tillmans przy takich operacjach uważa celowem zastosowanie miejscowego znieczulenia lub narkozy za pomocą morfiny i chloroformu i operowanie w pozycji siedzącej chorego, którego głowa bywa przytrzymywana przez pomocnika w zlekka nachylonej pozycji ku przodowi. Jednakowoż przy takim sposobie operowania należy przewidzieć możliwość wystąpienia anemji mózgu. Co się zaś tyczy zapobiegania ściekania krwi do dróg oddechowych, należy wykonać co następuje: 1) przed operacją wykonać tracheotomję i tamponowanie wejścia do krtani od strony przełyku, 2) operować z opuszczoną głową według Rose; ten ostatni sposób ma tę ujemną stronę, że dzięki opuszczeniu głowy krwawienie z żył się powiększa.

Payr zaproponował inny sposób: stół operacyjny stawia się w płaszczyźnie pochyłej. Nogi chorego znajdują się na opuszczonym końcu stołu, głowa chorego jest przewieszona przez brzeg podniesionego końca stołu. Aby zmniejszyć upust krwi u osobników anemicznych albo krwawiączkowych, jeśli ci nie mają mażdżycy tętnic, zaleca się zapobiegawcze przewiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej na wysokości os. hyoidei między miejscem, od którego biorą początek tętnica tarczowa i językowe górne (Tillmans, Fritz, Köning, Wicting).

Co się zaś tyczy konieczności podwiązania tętnicy szyjnej wewnętrznej, to czyni się to rzadko; jednakowoż i w takich wypadkach należy dążyć do podwiązania czasowego (Schlatter).

Genzmer zaś radzi tylko prowadzić pod tętnicę szyjną wspólną nitkę w taki sposób, aby w odpowiedniej chwili można było ją przewiązać.

W przypadkach, gdzie guz jest umiejscowiony w samem gardle jak to miało miejsce w pierwszym przypadku, jeżeli z jakichkolwiek bądź przyczyn (znaczny rozmiar guza, brak możności zastosowania miejscowego znieczulenia, wielkie zrosty z otaczającemi tkankami) sposób przez jamę ustną jest niewygodny, nowotwór może być usunięty extrapharyngealnie od strony szyi przez boczną powierzchnię.

Stosujemy rozmaite cięcia powłok skórnych:

1) podłużne cięcie wzdłuż przedniego brzegu m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego (Czerny, Bier, Madelung i inni),

2) poprzeczne i łukowate cięcie równoległe do brzegu dolnej szczęki od wyrostka sutkowego do dużego rogu kości podjęzykowej (Checker, Madelung i inni),

3) kształtu T., składające się z cięcia podłużnego i poprzecznego (Lange, Schölchon i inni),

4) cięcia pod kątem, składającego się z podłużnego cięcia wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostk.-sutk.-obojczyk., od górnego końca którego prowadziło poprzeczne cięcie do kąta jamy ustnej przez cały policzek (Brunner, Wilson i inni).

Jako znacznie prostszy sposób należy uważać podłużne cięcie, dające dostateczny dostęp, zarówno do środkowej, jak i dolnej części przestrzeni pozagardłowej. Jeżeli zaś guz sięga do nosogardła to czasami zachodzi potrzeba naruszyć całość dolnej szczęki, jak zaleca Mikulicz (podokostnowe usunięcie wstępującego ramienia) Checker, Lange, Brunner i inni zalecają w takich przypadkach przepiłować czasowo dolną szczękę w okolicy kąta, następnie zaś nałożyć kostne szwy. Celowem jest posługiwać się zewnętrznemi operacyjnemi sposobami w tych razach, kiedy jest konieczne zapobiegawcze podwiązanie wielkiego naczynia i wyłuszczenie powiększonych gruczołów limfatycznych, co może być uskutecznione przez te same cięcia. W naszych przypadkach operacje zostały wykonane wyłącznie przez jamę ustną; nie przewidywaliśmy potrzeby ani podwiązywania wielkich naczyń, ani tracheotomji. Pozycja chorego przy operacji była podobna do położenia według Rose.

W pierwszym naszym przypadku stwierdziliśmy umiarkowane krwawienie, w drugim i trzecim — przebieg operacji usunięcia guzów był bezkrawy. Jak wyżej zaznaczyliśmy w celu zmniejszenia ślinotoku, śluzówkę jamy ustnej pendzlowano 1% rozczynem atropiny.

Nie możemy na mocy naszych trzech przypadków kategorycznie przyznać słuszności tej lub innej teorji z punktu widzenia pochodzenia mieszanych guzów i ostatecznie rozwiązać to skomplikowane zagadnienie. Jednakże nie ulega wątpliwości, że w pierwszym i trzecim z naszych przypadków wiele mamy danych, które mówią, że guzy te są pochodzenia śródbłonkowego, tutaj widzimy, że główna część składa się z typowych śródbłonkowych komórek, będących w charakterystycznym stosunku do naczyń limfatycznych. Jednocześnie w tym przypadku na preparatach znajdujemy odcinki luźnej śluzakowatej tkanki embrjonalnej; w drugim z naszych przypadków— szczególnie na obwodzie — znajdują się dość charakterystyczne komórki nabłonkowe, w innych miejscach podlegające metaplazji,

tutaj część tkanki ma nabłonkową budowę. Te okoliczności, jak również i znalezienie zupełnie nietypowych tkanek dla danej okolicy jak chrząstka, potwierdza słuszność teorji Conheima.

Wnioski.

1) Mieszane guzy powinny być uważane jako nowotwory łagodne tylko warunkowo.

2) Mieszane guzy gardzieli, podniebienia twardego, mogą być tak śródbłonkowego, jak nabłonkowego pochodzenia.

3) Przy zabiegu chirurgicznym, podwiązanie wielkich naczyń i tracheotomja zapobiegawcza nie jest konieczna.

4) Wczesne rozpoznanie i w odpowiednim czasie wykonany zabieg chirurgiczny jest konieczny, gdyż przerastając torebkę, guzy mieszane mogą mieć przebieg złośliwy.

Wielce Szanownemu Dyrektorowi Kliniki P. Prof. Swierżewskiemu dziękuję za temat, cenne kierownictwo i rady przy studjowaniu danej kwestji.

Doc. kliniki Preobrażenskiemu dziękuję za pomoc w badaniach histologicznych.

Starszym asystentom kliniki Dr. Natansonowi, Sznejderowi dziękuję za łaskawe rady i wskazówki w piśmiennictwie.

Piśmiennictwo.

1) Berger. Tumeurs mixtes du voile du palais. Rev. chir. 1897, Nr. 5/7. 2) Guenen. Gaumengeschwülste. Archiw f. klin. chil. 1904. Bd. LXXV, H. 2. 3) Borst. Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden 1902. 4) Suchanek. Rezidivierendes Endotheliom des harten Gaum5ns. Monatschr. f. Ohrenheil. 1923. H. 2. 5) Mikulicz und Kümmel. Krankheiten des Mundes. 1912. 6) Harmer. Beitrag zur Kenntnis der Mischgeschwülste des Kopfes (Parotistumoren) Monat. f. Ohren. 1913. H. 2. 7) Opokin. K uczeniu o smieszanych opucholiach nieba. Chirurgja. 1912 r. t. XXXII. 8) Bogolubow. K. woprosu o smieszanych opucholiach nieba. Russk. chirur. archiw. 1906 kn. 6. 9) Serapin. K woprosu o smieszanych opucholiach nieba. Russk. chir. archiw. 1903 kn. 2. 10) Looser. Beitrag zur klinische chirurgie. 1906. Bd. LII. 11) Mikulicz. Neubild. des Rachens und Nasenrachens in der Lar. u. Rhinol. Bd. II. 1897. 12) Nasse. Geschwülste d. Speicheldrüse u. ver. Tum. d. Kopfes A. ch. 1892. Bd. VLIV. 13) Steinhaus. Mischgeschwülste d. Mundspeichel W. A. 1902. Bd. CL x VIII. 14) Menzel. M. f. Ohrenheil. 1922. S. 861. 15) Martini. Mischtumoren endoth. 1907. Bd. CL XXXIX S. 338. 16) Hinsberg. Deutche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 51. 1899. 17) Cassanello. Clinica chirurgica, 1901. 18) Volkmann. Deutt. z. chirurg. 1895. Bd. XLI. 19) Eisenmenger. Plexif. Sarcom d. hart. u weich. Gaumens D. Z. ch. Bd. XXXIX S. I. 20) Billroth. Beobachtung über Geschwülste der Speicheldrüsen. Wirchow's Archiw. 1859. XVII. 21)

Kolacze'ka. Uber das Angio-sarcom. Deutche Zeitchr. f. chirurgie 1878 IX. 22) Wilms. Die Mischgeschwülste Theil 1, 2, 3 Stutgard 1900, 1902. 23) Kaufmann. Das Parotis-Sarc. Archiw. f. klinische chirurg. XXVI, 3, 1881. 24) Negrie. Ueber einen Fall von Mischgeschwülst des Gaumengewölbes. Internat. Zentralbl. für Lar. 1921. Bd. XXXVII. 25) Luigi Leto. Mischgeschwülst des Gaumens. Internat. Zentralbl. für Lar. 1906. Bd. 22. 26) Koch Franz. Zum Vorkommen der Müschgeschwülste am weichen Gaumen. Zentralbl. f. Hals 1927. Bd. XI H. 6. 27) Sniegocki Leon. Mischgeschwülste d. Speicheldrüsen Zentralbl. f. Hals 1924 Bd. 4. 28) Neuman F. Ueber Mischgeschwülste d. Speicheldrüsen Zentralbl. f. Hals 1924. Bd. 1. 29) Mac Kenty. Grosse Mischgeschwülste des weichen Geumens Zentralbl. f. Hals 1924. Bd. 4. 30) Ralf. Roman. Fall von Mischgeschwülts im weichen Gaumen Zentralbl. für Hals 1923. Bd. 2. 31) Krompecher. Zur Histologie der Mischgeschwülste d. Haut sowie der Speicheldrüse und Schleimdrüse B. A. P. Bd. XLIV. 32) Boyko. Fall von Mischtumor des Gaumens Zentralbl. für Hals Bd. VIII 1926.

Z Kl. Otol. U. S. B. (kier. prof. J. Szmurło).

T. WĄSOWSKI, (st. asyst. kl).

Kilka uwag w sprawie znaczenia zmian wzoru leukocytowego w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach.

Codzienne niemal doświadczenie uczy nas, że o ile trudnem niekiedy bywa postawienie wczesne rozpoznania powikłania ze strony wyrostka sutkowego w ostrem lub przewlekłem ropieniu ucha, to jeszcze bardziej trudnem może być określenie, czy należy w danym przypadku śpieszyć z zabiegiem operacyjnym, czy nie.

Znane są przecież przypadki operowania zdrowych wyrostków sutkowych, z drugiej zaś strony zapalenie wyrostka może dawać tak nikłe objawy kliniczne, że dopiero nagłe wystąpienie powikłania wewnątrzczaszkowego naprowadza lekarza na właściwe rozpoznanie, co często, niestety, ma skutki fatalne. Najlepszym dowodem tego, jak często w różnorodnym obrazie klinicznym mastoiditis zmuszeni jesteśmy błądzić po omacku, służy cały szereg dodatkowych metod badania, jakie obecnie otjatra ma w swej dyspozycji. Wspomnę tu tylko o metodzie opukiwania wyrostków sutkowych (Körner i Wild), prześwietlania bezpośredniego za pomocą lampki elektrycznej (Ur-

bantschitsch, Dintenfass), badania promieniami Roentgena, o próbie przewodnictwa ciepła prof. Zalewskiego, badaniu ropy z ucha. Do tych dodatkowych metod badania należy również badanie obrazu leukocytowego. Już w r. 1908 Dench stwierdził ważność rozpoznawczą obrazu leukocytowego w ropnych cierpieniach ucha; zdanie to podzielają Dercum, Urbantschitsch, Mac Körnon, Delsaux.

W roku 1925 w pracy, poświęconej tej kwestji, podnosiłem na podstawie własnych badań doniosłe znaczenie tej metody badania w otrjatrji. Materjał mój obejmował 40 przypadków ostrego niepowikłanego zapalenia ucha środkowego u dorosłych, 16 u dzieci, 11 przypadków obostrzonego przewlekłego ropnego zapalenia ucha, 33 przypadki mastoiditis ac., 10 przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych, 5 — labyrinthitis serosa.

W badaniach wzoru leukocytowego posługiwałem się metodą Schillinga, uważałem jednak za konieczne wprowadzenie w haemogramie Schillinga pewnych zmian, mianowicie, nie określając zmian tak zwanej „grubej kropli", zwracałem stale uwagę na obecność komórek plazmatycznych, które, jak mogłem się niejednokrotnie przekonać, mają duże znaczenie, zwłaszcza dla rokowania. W moim haemogramie mamy po lewej stronie elementy, których zwiększenie procentowej ilości jest prognostycznie pomyślnym objawem (L.—limfocyty, M.—monocyty, E.—eozynochłonne, T.—tuczne, Pl.—plazmatyczne), po prawej zaś stronie grupę obojętnochłonnych z obrazem przesunięcia jąder (My.—myelocyty, Mł.—młode, Pał.—pałeczkowate, W.—wielokształtne, N.—neutrofile), obok zaś wskaźnik leukocytowy Krebs'a (stosunek obojętnochłonnych do limfocytów).

Badania moje ówczesne pozwoliły mi na stwierdzenie dużej wartości nie tylko rozpoznawczej lecz i prognostycznej badania wzoru leukocytowego w ropnych sprawach ucha. Do objawów niepomyślnych należy zwiększenie liczby procentowej obojętnochłonnych, wysokie P. J. (przesunięcie jąder) przy zmniejszeniu limfocytów i monocytów, nagły spadek eozynochłonnych; znaczna monocytoza obok wysokiego P. J. przemawia za przewlekłem cierpieniem o zjadliwej infekcji, lub o skrytej infekcji, szczególnie jeśli dołącza się aneozynofilja. Przeciwnie, pomyślnym objawem będzie wzrost limfocytów przy braku P. J., wzrost eozynochłonnych, obecność komórek tucznych i plazmatycznych. Wskaźnik leukocytowy Krebsa nabiera wartości prognostycznej przy częstych badaniach krwi, dających wyraz jego tendencji.

W roku ubiegłym ukazała się w Mon. f. Ohr. praca Glasscheiba,

o znaczeniu badania wzoru leukocytowego w rozpoznawaniu powikłań ropnego zapalenia ucha środkowego. Główną uwagę autor zwraca na wskaźnik przesunięcia jąder (Verschiebungsindex), wyrażający stosunek form niedojrzałych do wielojądrzastych we wzorze obojętnochłonnych. Na podstawie swych badań autor dzieli ropne zapalenie wyrostka sutkowego na 3 grupy: 1) normalna liczba eozynochłonnych komórek we krwi, wskaźnik P. J. 1:10 do 1:8; w komórkach wyrostka znajdowano tylko ziarninę, ropy brak; 2) brak eozynochłonnych, wskaźnik P. J. 1:3; w komórkach wolna ropa i ziarnina; 3) zwiększona liczba eozynochłonnych, wskaźnik P. J. 1:3 do 1:2; komórki z ropą w okolicy zatoki.

W przypadkach ropni okołozatokowych stwierdzał autor we krwi neutrofilję (85—90%), wskaźnik P. J. 1:3. Wreszcie za charakterystyczne dla zakrzepu zatoki uważa autor aneozynofilję, wskaźnik 1:2 do 1:1. Jeśli następuje powikłanie sprawy posocznicą, liczba obojętnochłonnych rośnie. Niekiedy jednak nie jest ona zbyt wysoka, natomiast charakter wskaźnika P. J. zmienia się — z ułamka staje się on większym od jednostki (np. 6:5; 9:7 etc.).

Twórca metody badania wzoru leukocytowego Schilling uczy nas, że w procesach infekcyjnych najpierw dają się zauważyć zmiany we wzorze obojętnochłonnych, które w pierwszej linji zostają dotknięte, następnie w stosunku procentowym monocytów, potem limfocytów. Najpierw zwiększa się liczba neutrofilów, występuje przesunięcie jąder na lewo o charakterze regeneracyjnym (P. J.), czyli zjawia się znaczna liczba pałeczkowatych form, a także niekiedy i młode, występuje aneozynofilja, limfo i monocytopenja. Jest to tak zwany „okres walki“ (Neutrophile Kampfphase). Następnie przy pomyślnym przebiegu liczba neutrofilów zmniejsza się, jak również powoli ustępuje P. J., liczba monocytów wzrasta, zjawiają się eozynochłonne — jest to drugi okres „obrony“ (Monocytäre Abwehrphase). Wreszcie trzeci okres stanowi „zdrowienie“ (Lymphocytäre Heilphase), w którym zjawia się limfocytoza, eozynofilja, natomiast stwierdza się brak P. J.

Z tego klasycznego przebiegu zmian wzoru leukocytowego w cierpieniach infekcyjnych ustroju widzimy, że wszystkie składowe elementy tego wzoru biorą udział w odźwierciadleniu walki, jaką ustrój stacza z opanowującem go cierpieniem, a więc tylko stosunek ***wszystkich*** składników formuły leukocytowej może mieć znaczenie w rozpoznaniu cierpienia lub rokowaniu.

Dla ilustracji powyższego pozwolę sobie przytoczyć kilka własnych spostrzeżeń:

Przyp. 1. W. K. 5 m. od 3 dni gorączka, ropienie z prawego ucha. t^0 — 38,9°. Budowa i odżywianie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian. Prawe ucho: ropienie mierne, wydzielina śluzowo-ropna. Posiew dał staphylococcus aureus. Błona bębenkowa nastrzyknięta, czerwona, obrzmiała, perforacja dolna. Wyrostek sutkowy niebolesny na ucisk. Rozpoznano ostre ropne zapalenie prawego ucha środkowego.

Badanie białych ciałek krwi:

30,700	20,0	4,0	0	0	0,5	0	1,5	27,5	46,5	75,5 *)

Po 2 dniach t^0—N. Ropienie mniejsze.

Po tygodniu wypisana w stanie nie budzącym żadnych obaw.

W przypadku tym mieliśmy niepowikłane ostre ropne zapalenie ucha środkowego o przebiegu zupełnie łagodnym. Wysoka liczba ogólna białych ciałek krwi (30,700) u dorosłego budziłaby pewne obawy, u małego dziecka zaś przyzwyczajeni jesteśmy często spotykać takie liczby — jest to wyraz zdolności ustroju reagowania na patologiczne wpływy. Wysokie P. J. nawet przy braku eozynochłonnych również nie oznacza w danym przypadku istnienia jakiegoś powikłania, gdyż znajdujemy tu komórki plazmatyczne, oraz pomyślny stosunek limfocytów i monocytów. Ustrój żywo zareagował na cierpienie, jednak charakter tej reakcji pozwolił na rokowanie pomyślne. Dalszy przebieg choroby potwierdził to.

Przyp. 2. W. Ż. 21 lat, od lat 4 ropienie z lewego ucha. Obecnie od kilku dni ból głowy i za uchem.

Budowa i odżywianie normalne. $t.^0$ — N. Lewe ucho wyciek obfity, śluzowo-ropny. W ropie gronkowce. Błona bębenkowa obrzmiała, czerwona, perforacja centralna. Wyrostek sutkowy nieco bolesny na ucisk w okolicy fossa mastoidea. Mowa zwykła a. c. R.—, W. wlewo

Badanie krwi:

14,400	23,0	6,0	1,0	0	0	0	0,5	22,5	47,0	70,0	

Leukocytoza, wysokie P. J. przemawiałyby na korzyść powikłania ze strony wyrostka sutkowego, tembardziej, że mieliśmy i bolesność wyrostka. Jednak ustosunkowanie się limfocytów, monocytów

---

*) 30,700 = liczba białych ciałek.
20,0 = limfocyty.
4,0 = monocyty.
0 = eozynofile.
0 = bazofile.
0,5 = plasmatyczne.
po ‖ 0 = myelocyty.
1,5 = młode.
27,5 = pałeczkowate.
46,5 = wielojądrzaste.
75,5 = neutrofile (ogólnie).

i eozynochłonnych komórek przekonało nas, że mamy przejście od okresu obrony do okresu zdrowienia. Dalszy pomyślny przebieg cierpienia ucha utwierdził nas w tem przekonaniu.

Przyp. 3. A. B. 41 lat, od tygodnia po silnym katarze ból w prawem uchu, poczem na 2 dzień zjawił się wyciek, bóle zaś ustały. Obecnie obfite ropienie, ból głowy.

Budowa i odżywianie prawidłowe. t⁰ — 37,2⁰; tętno 88. Prawe ucho: wydzielina obfita, ropna; w ropie staphylococcus aureus. Zwężenie przewodu zewnętrznego w kostnej części z powodu opuszczenia tylno-górnej jego ściany. Błona bębenkowa nacieczona, perforacja w przednio-dolnym odcinku. Bolesność wyrostka sutkowego, Mowa zwykła a. c. R±, W±.

Badanie krwi:

10,200	18,0	14,0	4,0	1,0	0	0	1,5	31,5	30,0	63,0

Po 4 dniach wyciek obfity. Bólów brak. Wyrostek sutkowy niebolesny. t⁰—N.

8,700	34,0	9,0	3,0	4,0	1,0	0	0	9,0	40,0	49,0

Po miesiącu zdrów.

W przypadku tym mimo obfite ropienie z ucha, bolesność wyrostka sutkowego, opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu zewnętrznego rozpoznaliśmy niepowikłane ropne zapalenie ucha środkowego, gdyż wzór leukocytowy wyraźnie odpowiadał okresowi obrony, a badanie powtórne krwi po 4 dniach wykazało wzrost liczby limfocytów przy zmniejszeniu monocytów, obecność eozynochłonnych, tucznych plazmatycznych, co charakteryzuje „okres zdrowienia". Dalszy przebieg cierpienia był bez powikłań i zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Przyp. 4. S. S. 22 lat, od 2 miesięcy cierpi na lewe ucho.

Budowa i odżywianie normalne. Narządy wewnętrzne bez zmian. t⁰ 37,2⁰ (rano), 38,3⁰ (wieczorem). Lewo ucho: wydzielina obfita, ropna; w ropie gronkowce i paciorkowce. Przewód zewnętrzny obrzmiały, błona bębenkowa nacieczona, perforacja w tylnym odcinku. Bolesność wyrostka sutkowego na ucisk; lekki obrzęk za uchem, szczególnie u szczytu wyrostka. R—, W±.

Badanie krwi:

10,200	16,0	15,0	0,5	0	0,5	1,0	1,5	18,0	47,5	68,0

Rozpoznano ostre ropne zapalenie lewego ucha środkowego i wyrostka sutkowego.

Na drugi dzień silne bóle głowy. t⁰ 37,3⁰. Opuszczenie tylno-górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego. Ropienie obfite. Obrzmienie za uchem trwa, jednak bolesność wyrostka sutkowego nieco mniejsza.

10,700	15,5	12,0	0	0	0	0	3,5	13,0	56,0	72 5

Następnego dnia bóle mniejsze. t^0 36,8^0 — 38,1^0.

8,300	7,0	11,0	0	0	0	0	3,0	9,0	70,0	82,0

Po tygodniu: t^0 36,8 — 37,2^0. Obrzęk za uchem znaczny, opuszczający się ku dołowi na szyję (forma mast. Bezoldi). Przewód zewnętrzny zwężony. Ropienie z ucha obfite.

9,000	22,0	10,0	1,0	0	0	0	5,0	13,0	49,0	67,0

Antrotomja. Wyrostek b. pneumatyczny. Zniszczenie duże, zwłaszcza ku szczytowi. Zatoka obnażona, zdrowa.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

W przypadku tym wzór obojętnochłonnych (wysokie dość P.J.) bezwzględnie nasuwał myśl o jakiemś powikłaniu cierpienia ucha; obraz limfocytów, monocytów, eozynochłonnych, tucznych i plazmatycznych pozwalał na rokowanie nienajgorsze. Dalsze badania jednak upewniły nas, że sprawa w wyrostku sutkowym posuwa się naprzód, jednak dość łagodnie. Wynika to z tego, iż chociaż procentowa liczba obojętnochłonnych wzrosła, stosunek jednak niedojrzałych form do wielojądrzastych nie zmieniał się na gorsze; prócz tego nie było znacznego spadku monocytów, co daje się zauważyć w ciężkich zakażeniach. Mogliśmy więc czekać z dokonaniem zabiegu operacyjnego. Po tygodniu ropna sprawa w wyrostku sutkowym znalazła sobie ujście, przebijając kość u szczytu wyrostka. Oczywiście że natychmiast i wzór leukocytowy zmienił się na lepsze. Liczba obojętnochłonych zmalała, mimo, że wzór ich nawet nieco się pogorszył, zwiększyła się liczba limfocytów, zjawiły się eozynochłonne. Atuty ustroju w walce z cierpieniem podniosły się (stosunek limfocytów, monocytów, eozynofilów), a jednak cierpienie nie zostało zlikwidowane (wzór neutrofilów). Dopiero operacja wywołała ostateczną zmianę formuły leukocytowej — wystąpił okres zdrowienia z brakiem P. J., limfocytozą, zmniejszeniem liczby monocytów, oraz wzrostem eozynofilów i tucznych.

Przyp. 5. L. D. 27 lat, od 2 tygodni chory na lewe ucho. Najpierw zabolało ucho, poczem po kilku dniach zjawił się wyciek.

Budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Narządy wewnętrzne bez zmian. t^0 N; tętno 80. Lewe ucho: wyciek mierny, ropny. W ropie staphylococcus aureus et pneumococcus. Błona bębenkowa zaczerwieniona, obrzmiała, perforacja mała, centralna. Bolesności wyrostka sutkowego niema. Szept — a. c.; R. —, W — wlewo.

Badanie krwi:

12,300	14,5	7,0	2,0	0	0	0	0	7,5	69,0	76,5	

Rozpoznano ostre ropne zapalenie lewego ucha środkowego.

Po dwóch tygodniach nagle zjawiła się bolesność wyrostka sutkowego, obrzęk pod i za uchem. t^0 36,8⁰—38,⁰. Wydzielina z ucha mierna, tętni.

18,800	13,5	5,0	0	0	0	0	0	10,0	71,5	81,5

Następnego dnia: obrzmienie za uchem większe (forma mast. Bezoldi) Ropienia brak.

18,800	10,0	4,0	0	0	0	0	2,0	11,0	73,0	86,0

Antrotomja. Wyrostek pneumatyczny. Duże zniszczenie ku dołowi i w kierunku wyrostka jarzmowego. Zatoka obnażona, na niej ziarnina.

W trzy dni potem:

14,400	13,0	7,5	0,5	0,5	0	0	0	7,0	71,5	78,5

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

W przypadku podanym mieliśmy najpierw ostre ropne zapalenie ucha środkowego. Formuła leukocytowa zupełnie temu odpowiadała. Z chwilą wystąpienia objawów zajęcia wyrostka sutkowego obraz krwi zmienia się na gorsze: zwiększa się ogólna liczba białych ciałek oraz neutrofilów, wzrasta P. J., znikają eozynochłonne, zmniejsza się liczba limfocytów i monocytów. Dalszym przebiegiem klinicznym cierpienie przypominało nam obraz podany w przypadku 4. I tu również wystąpiła forma mastoiditis Bezoldi. Jednak wzór krwi był inny. Mimo to, iż proces ropny z wyrostka przeszedł do tkanek miękkich, obraz leukocytowy nie poprawił się, a przeciwnie znacznie się pogorszył: liczba obojętnochłonnych wzrosła, zjawiły się prócz pałeczkowatych formy młode, liczba limfocytów i monocytów spadła. Dowodziło to istnienia jakiejś sprawy głębszej i nie pozwalało na zupełnie pewne rokowanie. Rzeczywiście, operacja wykazała, że zatoka pokryta była ziarniną, blaszka kostna pokrywająca ją była zniszczoną.

Przytoczone przypadki dostatecznie wyjaśniają nam, że *nie wolno* w badaniu wzoru leukocytowego opierać się wyłącznie na zachowaniu się jakiejś jednej składowej części jego, gdyż wnioski wyciągnięte stąd mogą być błędne. Tylko wzajemny stosunek wszystkich elementów tego wzoru może nam dać pojęcie o zjadliwości sprawy chorobowej z jednej strony i reakcji ustroju z drugiej. Przecież w przypadku 2-gim opieranie się wyłącznie na wzorze obojętnochłonnych i eozynochłonnych, jak to czyni Glasscheib, doprowadziłoby nas do zbędnego zabiegu operacyjnego, gdy tymczasem zestawienie prawej połowy haemogramu z lewą, uwzględnienie stosunku

wszystkich części jego pozwoliło na postawienie prawidłowego rozpoznania.

Przejdźmy teraz do omówienia sprawy wartości rozpoznawczej wskaźnika przesunięcia jąder (Verschiebungsindex), któremu Glasscheib poświęca najwięcej uwagi w swej pracy. Rozporządzając obecnie dużym materjałem zbadanych haematologicznie przypadków mastoiditis pur. ac. i powikłań (*125 przypadków*), postanowiliśmy przeprowadzić obliczenia wskaźnika P. J., by sprawdzić, czy i o ile podany przez Glasscheiba szemat odpowiada stanowi cierpienia w danym momencie i czy może mieć praktyczne znaczenie dla rozpoznania.

W 68 przypadkach niepowikłanego ropnego zapalenia ucha środkowego wskaźnik przesunięcia jąder zachowywał się następująco:

w	2	przypadkach	był	1: 1
w	4	„	„	1: 2
w	10	„	„	1: 3
w	10	„	„	1: 4
w	12	„	„	1: 5
w	15	„	„	1: 8
w	9	„	„	1:10
w	4	„	„	1:20
w	2	„	„	1:30

Z tego w 23 notowano normalną liczbę eozynochłonnych, w 23—eozynopenję, w 16—eozynofilję, wreszcie w 6—aneozynofilję. Porownując do tego, co mówi Glasscheib we wnioskach swej pracy, musielibyśmy w 50% naszych przypadków rozpoznać na podstawie obrazu leukocytowego ropne zapalenie wyrostka sutkowego tam, gdzie go wcale nie było, gdyż wskaźnik P. J. 1:8; 1:10 przy normalnych liczbach eozynochłonnych spostrzegaliśmy 12 razy, wskaźnik 1:3; 1:2 przy zmniejszonej liczbie lub braku eozynochłonnych — 20 razy, wreszcie wskaźnik 1:1—dwa razy, z tego raz przy braku eozynochłonnych, raz przy normalnej ich liczbie.

Rozpatrzmy teraz zachowanie się wkaźnika P. J. w przypadkach rozpoznanego i stwierdzonego na stole operacyjnym mastoiditis pur ac. Przypadków takich mieliśmy 112.

w	2	przypadkach	był on	1: 1
w	6	„	„	1: 2
w	12	„	„	1: 3
w	16	„	„	1: 4

w 22	przypadkach był on		1: 5
w 30	„	„	1: 8
w 15	„	„	1:10
w 9	„	„	1:15—1:20

Porównując tą tabliczkę do podanej wyżej widzimy, że i w mastoiditis acuta również najczęściej występuje wskaźnik P. J. 1:5—1:8. Co do zachowania się komórek eozynochłonnych to w 14 przypadkach notowano normalną ich liczbę, w 28 — eozynopenję, w 10 — eozynofilję, wreszcie w 60 — brak zupełny. W przypadkach mastoiditis znacznie częściej występuje aneozynofilja, lub eozynopenja, w przypadkach niepowikłanego otitis med. pur. ac. normalna ich liczba.

Przypadków, w których podczas zabiegu operacyjnego znajdowaliśmy zropiałą ziarninę lub ropę w sąsiedztwie zatoki, mieliśmy 19 Wskaźnik P. J. odpowiadał:

w 2	przypadkach	— 1: 1
w 2	„	— 1: 2
w 2	„	— 1: 3
w 3	„	— 1: 4
w 6	„	— 1: 5
w 2	„	— 1: 8
w 1	„	— 1:15
w 1	„	— 1:18

Z tego w 3 przypadkach notowano normalną liczbę komórek eozynochłonnych, w 7 — eozynopenję, w 1 — eozynofilję, w 8 — aneozynofilję. Brak eozynochłonnych komórek spostrzegaliśmy w przypadkach ze wskaźnikiem P. J. 1:2, 1:3, 1:4, 1:5, 1:15. Spostrzeżenia nasze nie odpowiadają w przeważnej większości szematowi podanemu przez Glasscheiba.

Z 3 przypadków thrombophlebitis sinus sigmoidei zbadanych haematologicznie wskaźnik P. J. w jednym był 1:2,5 przy braku eozynochłonnych, w jednym 1:6 przy eozynopenji, wreszcie w trzecim 1:9, również przy eozynopenji.

Z 4 przypadków powikłania posocznicą w 3 wskaźnik P. J. był 1:2 przy aneozynofilji, w jednym 1:9 przy eozynopenji.

Z 6 przypadków ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego w 3 wskaźnik P. J. był 1:1,5 przy aneozynofilji, w 1 — 1:2 przy braku eozynochłonnych, w 1 — 1:3, również przy aneozynofilji, wreszcie w 1—1:5 przy eozynopenji. Wskaźnik większy

od jednostki (3:1) spotykaliśmy raz jeden w okresie agonalnym cierpienia.

Zestawienie wyżej przytoczonego materjału pozwala zauważyć, iż niemożliwem jest określenie przeciętnych cyfr wskaźnika P. J. dla każdego z tych cierpień. Oczywiście, w ciężkich powikłaniach staje się on bliższy do jednostki, gdyż zależy to od przesuwania się obrazu obojętnochłonnych wlewo. Jednak ważniejszym od niego czynnikiem rozpoznawczym w obrazie obojętnochłonnych jest charakter samego zjawiska przesunięcia jąder. Stosunek form niedojrzałych do wielojądrzastych może nie bardzo odbiegać od ustalonych norm, a jednak sam wzór ich (wystąpienie form młodych lub myelocytów) zmusza nas do rozpoznania charakteru reakcji ustroju za bardzo niepomyślny dla chorego. Również w przypadkach niskich ogólnych cyfr obojętnochłonnych wskaźnik P. J., jak to zaznacza Schilling, nie tylko nie ułatwia nam rozpoznania, lecz utrudnia je. Z tego wynika, iż wskaźnik P. J. ma wartość dość względną. Bez porównania więcej daje nam obraz przesunięcia jąder w cyfrach każdego ze składników wzoru obojętnochłonnych. Jednak dla rozpoznania cierpienia, dla rokowania koniecznem jest dokładne odczytanie i zanalizowanie *całej* formuły leukocytowej.

Z Zakładu Röntgenologji U. P. Dyr. Prof. Karol Mayer i Kliniki otolaryngol. U. P. Dyr. Doc. D-r Laskiewicz.

W sprawie röntgenologicznego badania krtani.

Podał: Doc. D-r A. LASKIEWICZ.

Badania röntgenologiczne krtani są zdobyczą dopiero lat ostatnich a rozwinęły się z przypadkowych, rzec można, obrazów, uzyskanych podczas zdjęć klatki piersiowej głównie w celach rozpoznawania i umiejscowienia ciał obcych uwięźniętych w tchawicy, oskrzelach czy też przełyku. Dopiero *Scheier i Fränkel* przedsięwzięli systematyczne badania krtani prom. X tak u osób żyjących, jak i na zwłokach w celu stwierdzenia zachowania się ognisk zwapniałych w chrząstkach krtaniowych bez jakiegoś z góry powziętego planu co do ich znaczenia w patologji krtani. W pracy tej zaznaczają autorowie, że zaburzenia rozwojowe a zwłaszcza skazy i nieprawidłowości przemiany

materji mogą wywierać wpływ hamujący na przebieg kostnienia chrząstek krtaniowych. *Gutzmann, Flatau, Möller i Scheier* używali tej metody do badania fizjologji głosu, mowy i aktu połykowego.

W roku 1896 *Thost* pierwszy postawił sobie za zadanie zbadać i udowodnić, że istotnie najrozmaitsze schorzenia miejscowe krtani, ostre zapalne, swoiste i nowotworowe mogą być w obrazie röntgen. przedstawione mniej lub więcej charakterystycznie: zmiany nietylko w chrząstkach krtaniowych lecz także częściach miękkich krtani. Po dokładnem opracowaniu techniki zdjęć rontgen. krtani, polegającej na przykładaniu z boku szyi w pozycji siedzącej badanego specjalnie ad hoc wyciętej kasety, wyżej wspomniany autor zebrał cały szereg przypadków, który wydał w roku 1913 p. t. Der normale und kranke Kehlkopf des Lebenden im Roentgenbild. Późniejsze publikacje tegoż autora: Feinere pathologische Veränderungen des Kehlkopfs im Roentgenbild (Jubilaumsbd. f. Killian i Arch. f. Laryng.) jak również Sonnenkalba Die Roentgendiagnostik d. Hals und Ohrenarztes stanowią już tylko przyczynki do powyższych badań röntgenologicznych krtani. Omawiając röntgenogramy krtani w poszczególnych jej schorzeniach, jak to w gruźlicy, kile, zapaleniu ochrzęstnej i nowotworach krtani starał się wyżej wspomniany autor przy każdem z nich wykazać, że zmianom spotykanym przy laryngoskopji odpowiadają często zmiany głębsze w chrząstkach krtaniowych. Zmiany te uwidacznia röntgen jako nierównomierne rozmieszczenie ognisk zwapnialych w chrząstkach krtani obok nieprawidłowych ich obrysów. Przy gruźlicy krtani pojawiają się ogniska zwapniałe w chrząstkach krtani stosunkowo późno i to w niewielkiej tylko ilości. Są one obrazem raczej prawidłowego kostnienia chrząstek krtani.

W poszczególnych przypadkach gruźlicy krtani zdjęcia röntgenologiczne wykazały nieregularne ogniska zwapniałe w płytach chrząstki tarczykowej i obrączkowej o niewyraźnych zamazanych konturach i uderzająco bladem zabarwieniu. Tego rodzaju obrazy spotyka się przedewszystkiem u osobników wątłych u których gruźlica rozwija się już w wieku młodzieńczym. Natomiast przypadki, w których gruźlica krtani zjawia się dopiero późno, obraz röntgenologiczny wykazuje wyraźne ogniska zwapniałe w chrząstkach krtani pod postacią pojedyńczych małych grudek rozmieszczonych symetrycznie w płytach chrząstki tarczykowej lub obrączkowej zawsze jednakżeż o wyglądzie matowym. Ubytki nagłośni oraz jej nacieczenia występują w obrazie rontgenologicznym wyraźnie. Nacieki i owrzodzenia na strunach głosowych, więzadłach wrzekomych i tylnej ścianie krtani zaciem-

niają to jasne pole które odpowiada kieszonce Morgagniego. W przeciwieństwie do powyższych zmian przedstawia röntgenogram krtani przy kile o wiele charakterystyczniejsze obrazy zwłaszcza w przypadkach w których zmiany 3-ciorzędne sięgają w głąb aż do ochrzęstnej: zdjęcie röntgenologiczne wykazuje typowe zachowanie się ognisk zwapniałych w obrębie chrząstek krtani pod postacią rozrzuconych ostro się odcinających złogów wapiennych i to zarówno w samej chrząstce jak też na jej powierzchni tuż pod ochrzęstną (perichondritis gummosa). Poza tem nacieki i obrzmienia, zwężające znacznie światło krtani, jak również zmiany kiłowe nie mogą być na zdjęciu röntgenowskiem dobrze uwidocznione na nagłośni i chrząstkach nalewkowych. W odróżnieniu jednak od gruźlicy krtani w których nacieki specyficzne mają wygląd blady i zamazany, obrysy kieszonki Morgan przedstawiają się jako jaśniejsze i ostro się odcinające miejsca w stosunku do otoczenia.

Badając zdjęcie röntgenologiczne z przypadków raka krtani, wyżej wspomniany autor przekonał się, że nietylko zmiany w częściach miękkich krtani pod postacią obrzmienia, nacieków i owrzodzeń w poszczególnych jej odcinkach dadzą się röntgenologicznie z łatwością wykazać lecz co więcej zmiany w chrząstkach krtaniowych przedstawiają charakterystyczny dla tego schorzenia obraz. Dotyczy to zwłaszcza rozmieszczenia ognisk zwapniałych w chrząstce tarczykowej i obrączkowej. Spostrzeżenia bowiem *Thosta* wykazały, że zarówno w przypadkach raka krtani, wychodzącego z gardła dolnego (sin. pyrif.) jako też nowotworów złośliwych jej wnętrza mamy do czynienia z przedwczesnem pojawieniem się ognisk zwapniałych w chrząstkach krtaniowych. A mianowicie w przypadkach raka krtani u stosunkowo młodych osobników spotyka się rozległe zwapnienia przedewszystkiem w rożkach dolnych chrząstki tarczykowej, następnie nieregularne złogi wapienne w obrębie jej płyt pod postacią zlewających się ze sobą grudek o nieregularnych obrysach ostro się odcinających od otoczenia. Grudki te były pooddzielane od siebie naprzemian jaśniejszemi przestrzeniami, pochodzącemi od posuwającego się w tych miejscach nacieku nowotworowego na chrząstkę. Rozrastające się w kierunku aditus laryngis masy nowotworowe dają mniej lub więcej wyraźny guzowaty cień ponad konturami chrząstki tarczykowej. Co się wreszcie tyczy obrazu röntgenologicznego krtani w przebiegu zapalenia ochrzęstnej po urazach, ciałach obcych w krtani lub przebytych chorobach zakaźnych, to już w początkowem stadjum obrzęku śluzówki, a jeszcze wyraźniej w okresie tworzenia rop-

nia pod ochrzęstną chrząstki obrączkowej czy nalewkowej röntgenogram krtani wykazuje charakterystyczne dla tego procesu zmiany. Również nieprawidłowe złogi Ca w obrębie więzadeł stawów chrząstek krtani czy też więzów międzykręgowych szyjnych, dające powód do uporczywych nieraz bólów w gardle przy połykaniu, mogą być na zdjęciu röntgenologicznem dokładnie uwidocznione, a temsamem jako właściwa przyczyna powyższych dolegliwości z całą ścisłością rozpoznane.

W myśl więc powyższych badań *Thosta* starałem się na dostępnym mi materjale klinicznym stwierdzić, czy röentgenografja krtani może istotnie być środkiem pomocniczym do ustalenia rozpoznania w przypadkach, w których rozpoznanie to waha się pomiędzy naciekiem kiłowym a gruźliczym w krtani i to przedewszystkiem tam, gdzie inne badania pomocnicze dają wyniki niepewne. Korzystając więc z uprzejmości Pana Prof. Dr. *Mayera*, któremu zawdzięczam te piękne röentgenogramy krtani, miałem sposobność w ciągu stosunkowo niedługiego czasu zbadać cały szereg najróżnorodniejszych zmian chorobowych krtani, wykazujących nader charakterystyczne rozmieszczenie ognisk zwapniałych w chrząstkach krtani. Zdjęcia röentgenowskie krtani wykonywane były w pozycji leżącej z przechyleniem szyi na bok, czas expozycji wynosił od $^{1}/_{10}$ do 5 sek. Dla uwidocznienia niezmiernie delikatnych szczegółów w obrazie röntgenologicznym, Prof. *Mayer* używał filmów przez siebie wynalezionych (patent angielski Nr. 286283), impregnowanych przysłoną; otworki i ścianki tej przysłony są mikro i pozamikroskopowo drobne i unieszkodliwiają bezładnie rozprószone promienie w obrębie emulsji filmu, a zatem w każdym punkcie tworzącego się obrazu.

Badania moje obejmowały przypadki gruźlicy krtani w liczbie 10, kiły trzeciorzędnej 25, nowotworów złośliwych 10, zapaleń ochrzęstnej chrząstek krtaniowych 6, zaburzeń przemiany materji 4, oraz jednego przypadku, w którym równocześnie można było stwierdzić objawy akromegalji na tle powiększenia przysadki mózgowej. Wiek tych chorych wynosił od 22—60-ciu lat. Wyniki tych badań przedstawiają się następująco: Co się tyczy gruźlicy krtani, to we wszystkich przypadkach uderzał na zdjęciu ów blady ton i zamazane obrysy szczegółów jej wnętrza. Nacieki i owrzodzenia na nagłośni, strunach głosowych, więzadłach rzekomych oraz tylnej ścianie krtani występują jakgdyby mgłą przysłonięte kontury, zaciemniające równocześnie owo jasne pole ponad głośnią, które odpowiada kieszonce *Morgagniego.* W przypadkach rozległych nacieków z owrzodzeniami na

tylnej ścianie krtani (tuberculoma) bywa zaćmiona tylna 1/3 część kieszonki *Morgagniego*. Rozmieszczenie ognisk zwapniałych w chrząstkach krtaniowych, a w szczególności w płytach chrząstki tarczykowej i obrączkowej, wykazywało we wszystkich niemal przypadkach rozlane nacieczenie solami Ca o bladem matowem zabarwieniu bez jakichkolwiek wyraźnie się odcinających obrysów zwapnienia, spotykanych tak często już w stanie prawidłowym u osobników starszych (patrz rys. III). Przyczyną tego zmatowienia obrazu złogów Ca w chrząstkach krtaniowych jest według Schołteliusa wpływ podupadłego odżywienia (charłactwa) na przebieg odkładania się soli Ca u osobników wyniszczonych postępem sprawy gruźliczej w płucach. Przy toczniu spotykamy w obrazie röntgenowskim nagłośnię zgrubiałą, a wskutek nacieków i owrzodzeń znacznie zniekształconą. Podobnie rzecz ma się z chrząstkami nalewkowemi, zakładką nad-nagłośniową oraz wnętrzem krtani, przyczem zaznaczyć należy, że cechą tocznia krtaniowego jest również ten matowy cień obrysów jej chrząstek, które wyżej opisałem dla gruźlicy krtani.

Zmiany kiłowe trzeciorzędne w krtani przedstawiają się w obrazie röntgenowskim jak nacieki, owrzodzenia, zniekształcenia nagłośni, jej zakładek, chrząstek nalewkowych, a prócz tego daje się wykazać pewne typowe ugrupowanie ognisk zwapniałych w chrząstkach krtaniowych, które pozwala je stanowczo odróżnić od gruźlicy, zapaleń ochrzęstnej względnie nacieków nowotworowych wnętrza krtani. W przeciwieństwie bowiem do gruźlicy röntgenogram krtani w kile cechuje się już na pierwszy rzut oka ową wyrazistością i przejrzystością obrysów tak chrząstek krtaniowych, jak w szczególności ognisk nacieczenia solami Ca. Ogniska te powstają najczęściej na tle swoistego zapalenia ochrzęstnej, to też wygląd ich bywa nader rozmaity. Od pojedyńczych drobnych i nieregularnych grudek do różańcowato ułożonych skupień, przechodzących miejscami w polyedryczne figury. Największą ilość tych ognisk w kile wykazują z reguły rożki chrząstki tarczykowej, następnie płyta chrząstki obrączkowej, gdzie ogniska te zlewają się ze sobą w większe lub mniejsze przestrzenie, zajmujące niekiedy przeszło połowę jej objętości. Również część przednia (pierścień) chrząstki obrączkowej nie jest wolna od złogów Ca.

W obrębie płyt chrząstki tarczykowej spotyka się w zachowaniu ognisk zwapniałych wielką rozmaitość. Ta strona obrazu röntgenowskiego chrząstek krtaniowych iest cechującą i rzec można wyłączną właściwością kiły krtaniowej. Zwapnienia te przedstawiają się

najczęściej pod postacią pojedynczych małych grudek o nieregularnych obrysach, zlewających się ze sobą w większe lub miejsze skupienia. Miejscami dochodzi do wytworzenia się najrozmaitszych figur (geometrycznych), często asymetrycznych, w każdym bądź razie o wyraźnych i ostro się odcinających obrysach od otoczenia.

W przypadku kiły trzeciorzędnej krtani, której röntgenogram załączam (Rys. I), chodziło o mężczyznę lat 27, A. Ch., cierpiącego na chrypkę od roku. Badanie laryngologiczne krtani wykazało naciek owrzodziały na nagłośni z ubytkiem jej szczytu o obrysach owalnych i dnie pokrytem drobną ziarniną. Naciek na obu strunach głosowych z owrzodzeniami głównie w tylnej ich połowie oraz w przestrzeni międzynalewkowej. Naciek chrząstki nalewkowej lewej przy utrzymanej jej ruchomości. Zdjęcie roentgenogramu krtani przedstawia obraz rozmieszczenia złogów Ca w obrębie płyt chrząstki tarczykowej i obrączkowej, nader charakterystyczny dla kiły krtani. Złogi Ca tworzą nieregularne skupienia, zlewające się ze sobą w jednolite pasma, w innych znów miejscach rzuca się w oczy układanie się tych złogów w girlandowate utwory, które obejmują na kształt siatki całą niemal powierzchnię płyty chrząstki tarczykowej. Jej rożki, a zwłaszcza dolna połowa płyty chrząstki obrączkowej, okazują na zdjęciu wybitne zciemnienia, będące wyrazem wzmożonej inkrustacji solami Ca.

W podobnym przypadku kiły trzeciorzędnej (Rys. II) u osobnika lat 42, J. N., röntgenogram krtani wykazał złogi Ca w płytach chrząstki tarczykowej, uformowane w 3 pasma, które łączą się ze sobą w dolnej 1/8 części tych płyt. O ile 2 ku przodowi wysunięte pasma: jedno ułożone mniejwięcej w połowie szerokości płyty chrząstki tarczykowej i drugie odpowiadające jej przedniemu kątowi, biegną do siebie równolegle, to trzecie pasmo, utworzone przez złogi Ca w rożkach górnych i dolnych tej chrząstki tworzy z pasmem środkowem kąt ku górze rozwarty. W płycie chrząstki obrączkowej zciemnienia o nieregularnych obrysach. Roentgenogram trzeci wykazuje nagromadzenie złogów Ca w obrębie płyt chrząstki tarczykowej i obrączkowej o konturach regularnych.

W czwartym wreszcie przypadku kiły trzeciorzędnej (M. N, lat 31) największe zmiany były umiejscowione na nagłośni pod postacią nacieku i charakterystycznych owrzodzeń na jej szczycie. To też w obrazie roentgenogramu rzuca się przedewszystkiem w oczy cień nagłośni oraz zmętnienia w płycie chrząstki obrączkowej, pochodzące od złogów Ca tamże usadowionych. W pozostałych roentgenogramach zmiany te dotyczyły przeważnie płyt chrząstki tarczyko-

wej i obrączkowej pod postacią ognisk zwapniałych, mniej lub więcej rozległych, przypominających swoim kształtem i ułożeniem stosunki wyzej opisane, to też oddzielnie opisywać ich niema potrzeby. Te przypadki, w których oprócz zmian kiłowych trzeciorzędnych w krtani, spotykałem nacieki i owrzodzenia gruźlicze, różniły się od powyższych tem, że w obrazie roentgenogramu obrysy złogów Ca w chrząstkach były zamazane i jakgdyby mgłą przysłonięte *), podobnie jak to opisałem w gruźlicy krtani.

W badanych röntgenograficznie przypadkach raka krtani, wychodzącego z jej wnętrza, spotykałem ogniska zwapniałe już dość wcześnie się pojawiające u osobników stosunkowo młodych, przedewszystkiem w rożkach chrząstki tarczykowej, a następnie w obrębie jej płyt pod postącią nieregularnych i zlewających się ze sobą grudek. Grudki te nie wykazywały tego ostrego odgraniczenia, które cechuje zmiany kiłowe w krtani. W niektórych przypadkach można się było przekonać, że grudki te są od siebie pooddzielane naprzemian jaśniejszemi przestrzeniami, jako wyraz posuwającego się nacieku nowotworowego na chrząstkę. Miejsca zaś największego nacieczenia dają w obrazie röntgenogramu wyraźny cień. *Schottelius* tłomaczy zachowanie się ognisk zwapniałych przy raku w ten sposób, że masy nowotworowe wrastają pod postacią pasm w chrząstkę, powodując jej stopniowe zniszczenie. Z drugiej znów strony przychodzi od ochrzęstnej do wytworzenia się nowej tkanki chrzęstnej, w której odkładają się w wielkiej ilości sole Ca, dając w obrazie rentgenogramu ów charakterystyczny drobnoziarnisty cień obok jaśniejszych miejsc nietkniętej chrząstki.

W przypadku mężczyzny F. L., lat 51, którego röntgenogram załączam (Rys. IV), chodziło o rak płaskokom., wychodzący ze struny głosowej lewej, i przechodzący częściowo przez przednie spoidło na strunę głosową prawą. Ruchomość struny głosowej lewej zmniejszona, nieznaczny obrzęk chrząstki nalewkowej lewej. W obrazie röntgenogramu widać złogi Ca w rożkach chrząstki tarczykowej oraz w płycie chrząstki obrączkowej, pod postacią jednostajnego zciemnienia o obrysach nieregularnych. Płyta chrząstki tarczykowej wykazuje podłużne ciemne smugi, odpowiadające złogom Ca, poprzedzielane jaśniejszemi przestrzeniami. W obrębie nacieczenia nowotworowego na poziomie głośni szerokie ciemne pasmo, zlewające się w tylnej

---

*) Że zamglenie nie było wywołane czynnikami fototechnicznemi, świadczy brak zamglenia w obrębie części niezajętych (prawidłowych) krtani na röntgenogramie.

części z cieniem, pochodzącym od płyty chrząstki obrączkowej oraz chrząstki nalewkowej lewej. Jakkolwiek wyżej opisane szczegóły obrazu röntgenogramu nie dorównywują ani pod względem wyrazistości i ostrego odcinania się od otoczenia zmianom opisanym przy kile, to jednak zaznaczyć należy, że röntgenogram krtani w raku różni się swoją przejrzystością i obrysami złogów wapiennych od niewyraźnego i matowego obrazu w gruźlicy. Prócz tego ubytki na nagłośni, chrząstkach nalewkowych i najbliższem otoczeniu krtani, powstałe wskutek rozpadu nowotworowego, zaznaczają się w obrazie röntgenogramu wyraźnie.

W badanych przezemnie przypadkach nie stwierdziłem żadnej różnicy w szczegółach obrazu röntgenowego krtani, pochodzącego tak z przypadku raka płaskokomórkowego ze zrogowaceniem, jak też jego postaci walcowatokomórkowych gruczolakoraków, które wychodziły z wnętrza krtani względnie z zatoki gruszkowatej. Natomiast miejsca przejścia nowotworu z krtani na jej najbliższe otoczenie, a mianowicie: korzeń języka, boczna ściana gardła, gardło dolne i t. d. dadzą się w obrazie röntgena wykazać, która też różni się od röntgenogramów raka wewnątrzkrtaniowego niedającego przerzutów. W tym więc względzie badanie röntgenowe krtani jest uzupełnieniem laryngoskopji, a niejednokrotnie też wykazuje nam szczegóły, które mogą zaważyć na szali dalszego postępowania leczniczego.

W odniesieniu do röntgenogramów krtani przy zmianach wyżej opisanych mamy jeszcze jedno schorzenie, przy którem badanie röntgenowe chrząstek krtaniowych, występujące zarówno na tle posuwania się infekcji w głąb, jako też na tle urazu przez ciała obce uwięznięte w tej części dróg oddechowych. W badanych przezemnie przypadkach perichondritis cricoidea na tle ciała obcego w gardle dolnem, względnie drażnienia płyty chrząstki obrączkowej przez dłuższe zaleganie sondy wprowadzonej w celach dilatacyjnych do przełyku, wykazywał röntgenogram rozległe ogniska Ca w obrębie płyty chrząstki obrączkowej i jej pierścienia.

W przypadku kobiety l. 32 A. P. r. 5. wystąpiło po wypiciu lysolu w celach samobójczych zwężenie przełyku w górnej jego części. To też założono w szpitalu prowincjonalnym sondę przełykową nr. 6 na dłuższy przeciąg czasu w celu umożliwienia odżywiania chorej. Niebawem jednak wystąpiło zapalenie ochrzęstnej chrząstki obrączkowej (na skutek odleżyny), połączone z tak silnem zwężeniem krtani, iż niezwłocznie musiano wykonać tracheotomję. Zdjęcie promieniami röntgena wykazało złogi Ca w postaci zlewających

się ze sobą ognisk o zarysach mniej więcej regularnych, obejmujące całą niemal płytę chrząstki obrączkowej oraz tylną połowę jej pierścienia. Światło krtani przywrócono w tym przypadku sposobem plastycznym po uprzedniem wykonaniu laryngofissury.

W przypadku 2-gim kobiety l. 21 Z. T. R. 5. perichondritis cricoarythaenodea na tle ciała obcego (kawałek kości), uwięzniętego w gardle dolnem, złogi Ca układały się w 2 szerokie smugi po obu bokach płyty chrząstki obrączkowej, przyczem można było zauważyć, że dolne ich bieguny przechodziły bez ostrej granicy w cień, pochodzący od złogów Ca w rôżkach dolnych chrząstki tarczykowej. W górnej zaś $^{1}/_{3}$ części tej smugi dały się wyróżnić 2 ciemniejsze plamki, ułożone poziomo, które odpowiadają złogom Ca podstawy chrząstek nalewkowych.

Ostatni wreszcie przypadek perichondritis cricoarytheen., spowodowany również uwięznięciem kawałka kości w gardle dolnem u kobiety l. 48. D. A. jest o tyle pouczający, że złogi Ca występują w obrazie röentgenowym wyraźnie przedewszystkiem w obrębie podstawy chrząstki nalewkowej i odpowiadającej jej powierzchni stawowej chrząstki obrączkowej. Natomiast dalsze części tej płyty okazują lekkie tylko zamglenie.

W końcu winienem dodać, że w akromegalji i pokrewnych jej stanach, polegających na wzmożonej czynności przysadki mózgowej spotykamy rozległe ogniska zwapniałe we wszystkich niemal chrząstkach krtaniowych, występujące już dość wcześnie u osobników względnie jeszcze młodych. Rycina 7-ma przedstawia tego rodzaju krtań kobiety l. 40. S. N. u której już sam wygląd zewnętrzny zgrubiałych rysów twarzy i rozrosłych końców palców u rąk i nóg budziły podejrzenie w kierunku powiększenia przysadki mózgowej. Zdjęcie röntgena podstawy czaszki wykazało w tym wypadku rzeczywiście znaczne rozszerzenie siodełka. W obrębie zaś chrząstek tarczykowej i obrączkowej widzimy ogniska zwapniałe na całej niemal ich powierzchni i obu rożkach górnych i dolnych, zlewające się miejscami w jednolite pasma i kręgi, z których powstały symetryczne półkoliste utwory. Zwapnienia te odcinają się ostro od otoczenia. Ze zmian stojących w związku z zaburzeniem przemiany materji udało mi się tylko w cięższych postaciach cukrzycy wykazać röntgenologicznie nadmierne odkładanie się soli Ca w chrząstkach krtaniowych. Natomiast obrazy uzyskane z przypadków dny nie przedstawiały nic charakterystycznego.

Thost opisał u 30-letniej kobiety, cierpiącej na silne bóle gardła

przy połykaniu, jako przyczynę tych dolegliwości małe ogniska zwapniałe w lig. longitud. ant. na wysokości krtani, które można było w obrazie röntgenowym dokładnie wykazać. Na załączonej rycinie 9-ej, pochodzącej z przypadku ciężkiej cukrzycy (9% cukru w moczu) u osobnika l. 46. Sz. W. widzimy rozległe zwapnienia w obrębie rożków oraz większej połowy płyty chrząstki tarczykowej jak również całej niemal chrząstki pierścieniowej. W przypadkach złamania chrząstek krtaniowych lub urazowego ich przemieszczenia, badanie roentgenowskie krtani daje cenne wskazówki, natomiast co się tyczy umiejscowienia czy też określenia stopnia zwężenia bliznowatego krtani na drodze roentgenologicznej to nawet najdokładniejsze zdjęcia przy użyciu płynów kontrastowych nie są w stanie dać pewnych wyników. Wyjątek stanowią zwężenia krtani na tle nowotworów, jako to włókniaki, brodawczaki, chrzęstniaki i t. p. które dają w obrazie roentgenowym mniej lub więcej wyraźne zatarcie jasnych zaobrysów kieszonki Morgagniego. Prócz tego złogi Ca w obrębie przetoki tchawiczej i tylnej jej ściany powstałe na tle długotrwałego drażnienia przez kaniulę tchawiczą, stwarzają dogodne warunki dla roentgenografji zwężeń górnej części tchawicy.

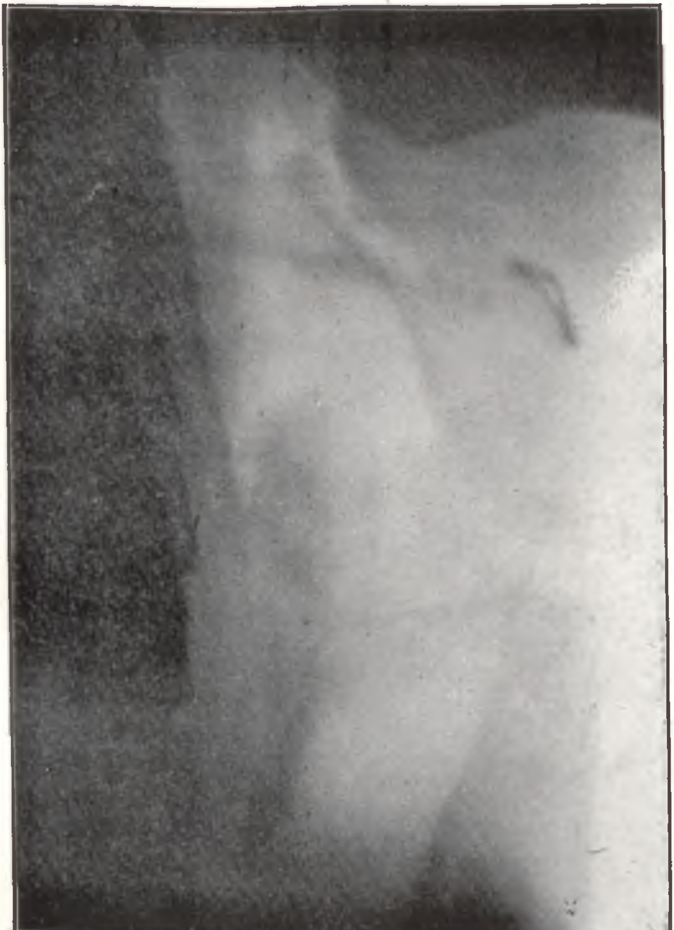
W zestawieniu powyższych danych raz jeszcze podkreślić należy, że badanie röentgenologiczne krtani jest ważnym czynnikiem rozpoznawczym nie tylko w wypadkach jej uszkodzenia (złamania, zwichnięcia chrząstek krtaniowych, uwięznięcia ciał obcych w jej świetle) lecz również oddaje cenne usługi w rozpoznawaniu różniczkowem najrozmaitszych jej zachorzeń. Z tych najcharakterystyczniejsze obrazy zachowania się złogów Ca w chrząstkach krtaniowych daje kiła w okresie 3-cio rzędnym. Następnie istnieją również pewne znamienne cechy zachowania się ognisk zwapniałych w chrząstkach krtaniowych w zapaleniu ochrzęstnej tych chrząstek a zwłaszcza postaci arthritis crico arythaen. traumatica (ciało obce w gardle dolnem, zranienia krtani i t. p.). Roentgenogramy krtani w gruźlicy odznaczają się zatartym obrazem złogów Ca w jej chrząstkach. Co się zaś tyczy zwężeń bliznowatych krtani, to zdjęcia röentgenowskie krtani dają wyniki niepewne, natomiast w nowotworach krtani a w szczególności przy Ca roentgenografja krtani jest niejednokrotnie uzupełnieniem laryngoskopji wykazując postęp nacieczenia nowotworowego ku światłu krtani oraz wgłąb na jej chrząstki. W przypadkach zaś przejścia nowotworu na najbliższe otoczenie krtani zdjęcie to decyduje nieraz o wyborze postępowania leczniczego, a w szczególności daje nam cenne wskazówki co do możliwości doszczętnego usunięcia nowo-



Rys. I. Mężcz. l. 27 A. Ch. Leus III lar. Gumma epigl. infiltr. ch. v. pl. ventr. rg. interaryt.



Rys. II. Mężcz. l. 42. J. N. Lues III lar. Infiltr. epigl. pl. ventr. et ch. v. sin.



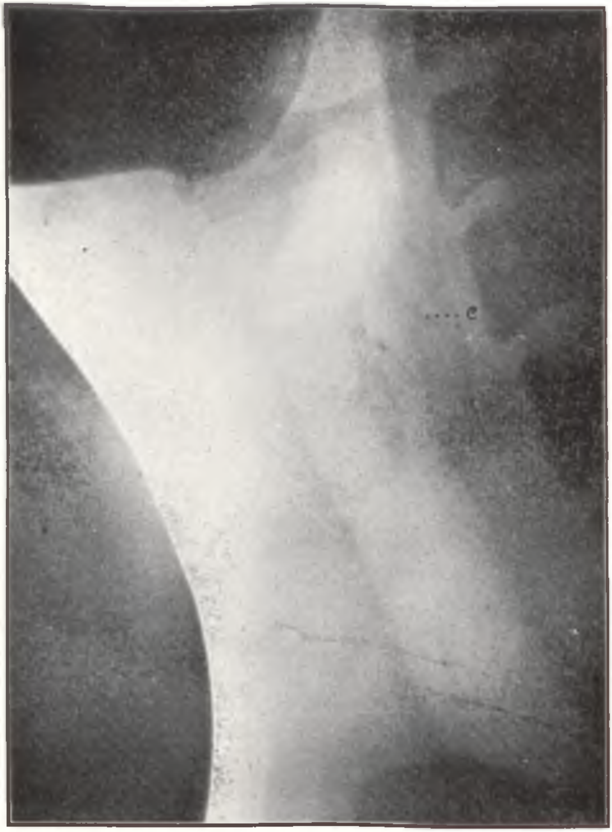
Rys. III. Mężcz l. 34. J. T. t.b.c. lar. infiltr. ch. v. bil. rg. interaryt. ulcus t.b.c. rg. interaryt. et. epiglot.



Rys. IV. Mężcz. l. 51. F. L. Ca. lar. Ca ch. v. sin.
przechodząca częściowo na przednią 1/3 struny gł. pr.



Rys. V. Kob. l. 32. A. P. perichondr. cricoid.
Sten. laryngis.



Rys. VI. Kob. l. 21. Ż. T. perichondr. cricoaryth. sin. traum. (corp. alien. hypophar). C.—złogi Ca w obrębie podstawy chrząstki nalewk.



Rys. VII. Kob. l. 40. S. N. Akromegalia h.—kość gnykowa. t.—płyty chrz. tarczykow. cr.—pierścień chr. obrączk.



Rys. VIII. Mężcz. l. 46. Sz. W. Diabetes m. Złogi Ca w płyt. chrząstk tarczyk. (t) i obrączk. (cr).

tworu na drodze operacyjnej. Oczywiście, delikatne szczegóły na kopjach tu załączonych są—jak to zawsze bywa—o wiele mniej wyraźne, niż na oryginalnych roentgenogramach.

Panu Profesorowi Dr. K. Meyerowi, Dyrektorowi Zakładu Roentgenologji U. P. za sporządzenie röntgenogramów krtani oraz za cenne wskazówki do powyższej mojej pracy składam tą drogą należne podziękowanie.

Piśmiennictwo.

1. F. Fränkel. Die Ossifikation d. Kehlkopfknorpel Forts aus d. Geb. d. Roentgenstrahlen. 1908. 2. Rheti. Die röntgenol. Untersuch. d. Kehlkopfs. D. M. Woch. W. 41. 912. 3. Scheier. M. Über die Ossifikation d. Kehlkopfs. Arch. f. mikr. anat. B. 59. — 901. 4. Thost. Der normale u. kranke Kehlkopf im Roentgenbild. 5. Thost. Die Röntgenologie d. Kopfes u. Halses. 922. 6. Thost. Feinere pathol. Veränder. im Röntgenbild. Arc. f. lar. 33. 7. Thost. Die Röntgenkatersuch. d. Kehlkopfes. Denker. Kahler B. I. 8. Sonnenkalb. Die Röntgendiagnost. d. Hals. 914.

Przypadek pleśnicy białawej wraz z błonicą w przełyku.

Podał W. GUMIŃSKI.

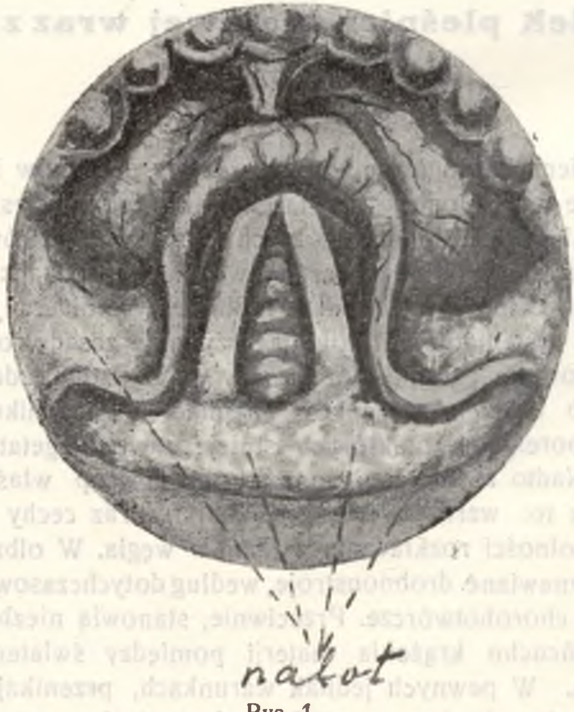
Zagadnienia biologiczne, tyczące istoty grzybków i pleśni, nie są całkowicie wyjaśnione. Stąd też niezakończonym jest dotychczas spór co do klasyfikacji poszczególnych rodzajów grzybków. *Castellani* w pracach swych wyodrębnia cztery ważniejsze rodzaje: grupa Saccharomycetes, Criptococci, Monilia i Blastomycetoides. Jako ogólną podstawę do systematyzacji biologja przyjmuje zasadę rozplemu. Poszczególne bowiem gatunki różnią się między sobą zdolnością wytwarzania lub brakiem strzępków (hyphae) i zarodników torebkowych (ascospores). U niektórych istnieje nawet wegetatywny rodzaj rozplemu. Nadto różne są u poszczególnych grup właściwości hodowlane, jak to: wzrost w wiszącej kropli, oraz cechy fermentacji, zwłaszcza zdolności rozkładania wodanów węgla. W olbrzymiej swej większości omawiane drobnoustroje, według dotychczasowych naszych pojęć nie są chorobotwórcze. Przeciwnie, stanowią niezbędne ogniwo w długim łańcuchu krążenia materji pomiędzy światem roślinnym i zwierzęcym. W pewnych jednak warunkach, przenikając do organizmu ludzkiego, niewinne napozór drobnoustroje mogą powodować

groźne dla życia następstwa. W warunkach naszego bytowania, a zwłaszcza klimatu, najczęściej spotykamy się z pleśnicą białawą. (Oidium albicans).

Pospolity ten grzybek bywa nieraz wykrywany przy objawach chorobowych, nader różnych pod względem klinicznym; ponadto cechuje go niekiedy wielka różnica pod względem stopnia nasilenia objawów, ich umiejscowienia i rozległości terenu.

Przypadek, który miałem możność obserwować, dotyczy mężczyzny, Jakóba T., lat 54, z zawodu kelnera, człowieka zrównoważonego i wstrzemięźliwego. Poza operacją ruptury (przed laty) na nic nie chorował. Kiłę neguje (*Wassermann*). Zachorował w czerwcu r. z. przy objawach uporczywego ślinienia, niesmaku, objawów lekkiej chrypki i nieznacznych sensacyj przełykowych. Ogólny stan zdrowia był przez cały czas dobry, chory nie gorączkował, pracował. Leczył się w Kasie Chorych i prywatnie w ciągu 6 miesięcy bez żadnego rezultatu.

Dnia 30.XII 1928 widziałem go poraz pierwszy. Chory dobrze



Rys. 1.

zbudowany, dobrze odżywiany. Nos i jama nosow.-gardłowa — bez zmian zasadniczych. W jamie ustnej stwierdza się tylko lekkie rozpulchnienie śluzówki dziąseł. Poza tem w obrębie cieśni gardła, na podniebieniu, wargach, języku — żadnych zmian nie stwierdziłem. Badanie lusterkiem wykazuje obecność puszystych, szaro-żółtawych nalotów, pokrywających powierzchnię chrząstek nalewkowych, przestrzeń międzynalewkową, częściowo tylko struny fałszywe i zatoki gruszkowate, oraz szeroką płaszczyzną przechodzących na przednią ścianę przełyku. Przy ostrożnem odciągnięciu tej ostatniej hakiem *Eicken*'a stwierdzić mogłem bardzo rozległe rozprzestrzenienie się nalotów ku dołowi (rys. I). Wynik badania nalotów (przeprowadzonych przez Dr. *Szerypę*) brzmiał dosłownie: „Na preparatach świeżych znaleziono bardzo liczne laseczki dyfterytyczne *Löfflera*, bardzo liczne grzybki oidium albicans (postać drożdżowa), liczne dwoinki Gram dodatnie. W hodowli otrzymano liczne laseczki *Löfflera* (postać druga) i liczne paciorkowce, a na marchwi — bardzo obfitą hodowlę pleśnicy białawej (oidium albicans)" (rys. II).

6.XII 28. Zastrzyknięto 18 tysięcy jednostek surowicy przeciwbłoniczej.

Obraz laryngoskopowy bez zmian.



Rys. 2 barw. błękitem + eozyną



Rys. 2 barw. metodą Neisser'a

Odstawiono cukier i napoje kwaśne (w których chory gustował); podawano do wewnątrz z początku rezorcynę — 2%, później stosowano jodpepsin w ilości 100 kropel dziennie (=0,25 jodi puri).

Leczenie to, pomimo stosowania go przez dłuższy okres czasu, pozostało bez rezultatu. Wtedy przystąpiono do zastrzyków jodiminu (*Spiessa*) w ilości do 10 cm^3 na zastrzyk (= 0,5 jodi puri) co 5 dni. Zrazu żadnego efektu. Po 7 zastrzykach naloty zniknęły raptownie, bez nawrotu.

Istotne rozpoznanie postawione było drogą badania bakterjologicznego. Przed odpowiedzią bakterjologa mogły się jednak nasunąć pewne wątpliwości.

Co do charakteru nalotów, zrazu trudno było orzec z czem mieliśmy do czynienia. Naloty wrzekomo błonicze (a nawet owrzodzenia) stwierdzamy niekiedy w gardle i przełyku w przebiegu chorób zakaźnych (tyfus, cholera, szkarlatyna, ospa, odra, gruźlica, influenza), przy zakażeniu ogólnem, przy używaniu skoncentrowanego alkoholu i niektórych zatruciach (sublimat, Phenol, kw. solny).

W danym wypadku wymienione okoliczności nie miały miejsca.

Mimowoli więc nasuwały się 2 możliwości: niezwykle łagodnej

przewlekłej postaci błonicy (jaką widujemy w nosie) ewentualnie jakiejś grzybicy.

Są znane w piśmiennictwie przypadki błonicy ściśle ograniczonej do przełyku, a nawet żołądka. *Spitz* w piśmiennictwie światowem zebrał 10 przypadków błonicy przełyku. Przebieg ich był jednak niezwykle ciężki. Przypadki te zakończyły się zejściem śmiertelnem, a na sekcji stwierdzano zwykle istnienie błon wzdłuż fałdy podłużnej przełyku, w żołądku zaś u cardia.

Brak wszelkich objawów zatrucia przemawiał raczej za grzybicą. Naturalnie rozstrzygającem mogło być tylko badanie bakterjologiczne. Koincydencja pleśnicy z błonicą jest rzeczą naogół rzadką. *Sartory, Kolle i Hetsch* wspominają o podobnym zespole. Wzmianki jednak, a nawet przytaczane rysunki dotyczą głównie jamy ustnej. Autorzy ci jednocześnie zaznaczają, że „u osób starszych pleśniawki — jako przejaw zakażenia mięszanego w przebiegu anginy paciorkowcowej lub błonicy powodują zazwyczaj chorobę o przebiegu b. przewlekłym i uporczywym". Spostrzeżenie to w danym przypadku znalazło całkowite potwierdzenie.

Mimowoli nasuwać się może pytanie, co należy uważać za podstawowe cierpienie: błonicę czy też pleśniawkę. Na pytanie to ściśle odpowiedzieć nie sposób. Wielopostaciowością i różną siłą złośliwości zarazka *Löfflera* nie zawsze można objaśnić ten lub inny przebieg cierpienia. Zakażenie błonicze nie jest cierpieniem stacjonarnem; w pewnych warunkach może ono zniknąć samowolnie w innych, przeciwnie, może się wzmóc, dając obraz groźnego zatrucia. Wydaje się więc trafnem ujęcie tej sprawy przez *Schadewald*'a i *Rodriguer*'a, iż w każdym poszczególnym przypadku błonicy należy myśleć o całkowitym paralleliźmie między obrazem klinicznym, a stanem odporności chorego.

Nie ulega wątpliwości, że błonica w obserwowanym przezemnie przypadku nie była w stanie czynnym, natomiast ścisłe ograniczenie do przełyku, mała skłonność do przenikania głębiej poza wejście do krtani, dobry stan samopoczucia chorego więcej przemawiały za tem, że u człowieka, który był zapewne nosicielem błonicy, rozwinęły się pleśniawki i na ich podłożu zarazek *Löfflera* znalazł sprzyjające warunki do swego bytowania.

Grzybek ten, jak wiadomo, pasorzytuje u ludzi na skórze i śluzówkach. Na skórze wykryć go można pod postacią wyprysku grzy-

biczego najczęściej pod pachami, sutkami, na brodawkach i między palcami.

Omawiana postać była przedmiotem dociekań licznych badaczy (*Kaufman-Wołkowa*, *Miescher*, *Rajka*, *Bourgeois*, *Plaut*, *Buschke* i inni); u nas sprawą tą zajmował się *Wileńczyk*. W pracy swej o Oidiomykozach autor ten dochodzi do wniosku, że chorobowe właściwości grzybka szczególnie potęgują się w cukrzycy. Powstaje tylko pytanie, czy jest tego przyczyną zwiększona ilość cukru, czy też produkty, powstające w organizmie na tle wadliwej przemiany materji.

Aczkolwiek *Kehrer* twierdzi, że zarodniki grzybka wykryć można u zdrowych ludzi i na zupełnie zdrowej śluzówce, ogromna większość autorów jest zdania, iż niezbędnym czynnikiem dla rozwoju cierpienia jest chorobowo zmieniona śluzówka.

Pleśnica biaława rozwija się w środkowych warstwach nabłonka, rozrastając się bądź to ku powierzchni, bądź to wgłąb, infiltrując tkanki. Odnośnie charakteru samego podłoża *Strumpfel* i *Reubold* twierdzą, że grzybek rozwija się wyłącznie na powierzchni nabłonka płaskiego, unikając zasadniczo nabłonka wałeczkowatego, słupkowatego i rzęskowatego. Wynikałoby z tego, że pleśniawek nie bywa wcale w nosie, jamie nosowo-gardłowej, we wnętrzu samej krtani (z wyjątkiem nagłośni), a dalej w żołądku i kiszkach. Liczne jednak cytaty z piśmiennictwa przeczą temu wyraźnie. *Seux* opisuje przypadek pleśniawek w nosie. *Galli Valeri*, *Parrot*, *Sartory*, *Chiray*—spostrzegli pleśnicę białawą na małej krzywiźnie żołądka i u wpustu; *Robin*, *Parrot* jakoby — w kątnicy i w jelicie krytem. *Parrot*, *Birch-Hirschfeld* i bardzo liczni—w tchawicy i płucach. Zwłaszcza w Ameryce południowej (Boliwja, Brazylja, Peru), gdzie schorzenia, wywołane oidium, są zjawiskiem niekiedy epidemicznem, objawy płucne są na pierwszem miejscu. Stwierdzono, że hodowle grzybka często wyściełają jamy gruźlicze, niekiedy zaś przenikają do miąższu płucnego, powodując formalną „Phthisie mycosique". Dalej wiadomo, że pleśnica, głęboko infiltrując tkanki, powoduje zatkanie światła naczyń, spotykanych na drodze (*Wagner*).

W niektórych wypadkach dawało to powód do wytwarzania się przerzutów, a następnie ropni w płucach, nerkach i mózgu (*Zenker*, *Ribbeck*). *Veron* nie wykluczał nawet możliwości rozwoju pleśniawek jeszcze za życia płodowego; *Kausman* mówi o przeszczepieniu

z pochwy matki podczas porodu. Stwierdzili oni bowiem grzybki u noworodków.

Pleśnica biaława w przełyku saprofituje dość powierzchownie i zdaniem większości autorów bywa luźno spojoną z podłożem; czasami jednak tworzy ona tak głębokie nacieki ścian przełyku, iż powoduje b. silne zwężenia (*Virchow*, *Buhl*, *Liebermeister*). W naszym przypadku objawy trudności przełykowych były minimalne. Co do umiejscowienia—pleśnica spotykała się w przełyku stosunkowo często jako dalszy ciąg pleśniawek jamy ustnej. U naszego chorego jama ustna pozostała jednak nie zajętą. Mieliśmy zatem tem rzadszą postać izolowanej pleśnicy białawej przełyku.

Może nasuwać się pytanie, jak daleko sięgały naloty? Ścisłą odpowiedź mógłby dać tylko akt wziernikowania przełyku. Zdaniem jednak mojem nie było obojętnem, bądź co bądź, maltretować śluzówkę, wiedząc o błoniczym charakterze nalotów. Krtań była zaatakowaną jedynie u wejścia. Rozmieszczenie nalotów w krtani ściśle odpowiadało poglądom *Strumpfla*; nie przekraczało bowiem obrębu płaskiego nabłonka.

Jak wiemy, pleśnica biaława nie zna wieku, pory roku, temperatury; nadto błędnem jest przypuszczenie, iż zdarza się ona jedynie w wyniku wyniszczenia. Rozwija się ona tam, gdzie znajduje odpowiednie warunki. Pierwotne przypuszczenia co do wpływu kwaśności jamy ustnej obecnie nie są przekonywujące. Odczyn kwaśny, zdaniem *Soltmann'a*, jeśli odgrywa jakąś rolę, to zaledwie podrzędną. Przeciwnie, *Linosier* i *Poux* twierdzą nawet, że pleśnica biaława rozwija się lepiej w środowisku alkalicznem. *Kehrer* hodował ją na ślinie. Nie można jednak zaprzeczyć, iż ciała białkowe (zdolne produkować kwasy), są dlań jednak korzystnem podłożem. W hodowli rośnie dobrze na rozczynach krochmalu, cukru, na marchwi, soku wiśniowym, jaju kurzem i żelatynie. Sprzyja rozwojowi zarodników obecność zasad soli kwasów (benzoesowego, mlecznego, winnego, cytrynowego) i chlorku sodu.

Być może u naszego chorego pewne nadużycie alkoholu, ewentualnie folgowanie instynktom smakowym (nadmiar kwaśnych substancyj, cukru) były w stanie wywołać zmianę w odczynie soków (jamy ustnej), a także zmienić skład i ilość śliny, gdyż jak twierdzi *Epstein*, niedostateczna jej ilość, a co zatem idzie i suchość śluzówek mogą sprzyjać rozwojowi pleśniawek.

Co do symptomatologji schorzeń, powodowanych pleśnicą, zby-

tecznem jest dowodzić, że bywa ona różną w zależności od umiejscowienia i stopnia nasilenia cierpienia.

Wreszcie pragnę omówić w krótkich słowach leczenie. Miejscowe leczenie lub podawanie leków przez przełyk w pojęciu mojem nie rokowało żadnych nadziei. W piśmiennictwie coraz częściej spotyka się wzmianki, że w przypadkach blastomycosis (*Jackson, Chisolm, Julian, Satton*) i różnych pokrewnych gatunków (Monilja alba, Monilja tropicalis, M. brasiliana) oraz w typowych przypadkach pleśniawek na drogach rodnych (vulvovaginitis, glans penis) leczenie jodem dawało dobre rezultaty. Przystąpiłem więc do podawania jodu w dość znacznych dawkach. Przekonałem się jednak, że jod, podawany wewnątrz nawet w dawkach 0,25 jodi puri pro die, nie odnosił skutku. Dopiero jod w zastrzykach domięśniowych i ilościach maksymalnych (do 0,5 iodi puri) dał mi pożądany effekt leczniczy.

Czy ostatni będzie trwałym, pokaże to przyszłość. W każdym razie w jodzie posiadamy, zdaniem mojem, potężny czynnik leczniczy w tym uporczywem nieraz cierpieniu.

Literatura.

Roger, Vidal, Teissier — Nouveau traité de médecine. Kolle, Hetsch — Infektiosen Krankheiten Intarn. Centrablatt für laryng., Rhin 1895—1908. 1922—1928. Setmann Soor—Real Encyklopedie.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik Prof. *J. Szmurło.*

Kiła ucha.

Podał dr. m. TADEUSZ WĄSOWSKI, st. asystent Kliniki,

(Dokończenie).

B. KIŁA WRODZONA.

Mało odporny na jad kiłowy narząd słuchu często ulega schorzeniu swoistemu w kile wrodzonej. Jeśli uwzględnimy, że kiła wrodzona, zwłaszcza wczesna, atakuje ustrój często w okresie rozwoju, stanie się jasnem, dlaczego cierpienia ucha od niej zależne, noszą nieraz piętno zwyrodnienia i tem się różnią znacznie od cierpień ucha w kile nabytej.

1. Ucho zewnętrzne.

Spotykano w kile wrodzonej nieraz częściowe zniekształcenie małżowiny usznej, zarośnięcie lub brak przewodu słuchowego zewnętrznego.

Niesłychanie jednak częściej, zwłaszcza w okresie niemowlęctwa, stykamy się z objawami cierpienia swoistemi, podobnie jak w kile nabytej. Dość często występuje na uchu zewnętrznem różyczka kiłowa w formie typowych czerwono-bronzowych wykwitów. Również często spotykamy formę lues maculosa *(Blau)*.

Grudki, zwłaszcza sączące, lub kłykciny umiejscowiają się najczęściej w rowku pod małżowiną uszną. Ulegając rozpadowi grudki kiłowe wytwarzają owrzodzenia rozszerzające się ku obwodowi. Następstwem tych spraw bywają typowe blizny, zniekształcające nieraz ucho. W przypadku podanym przez *Hauga*, małżowiny uszne zostały przekształcone w malutkie bliznowate resztki chrząstki, przewód zaś słuchowy zewnętrzny całkiem zamknięty tkanką bliznowatą.

Forma krostkowa kiły (l. pustulosa) spotykaną bywa na uchu dość wcześnie, niekiedy zaraz po urodzeniu się dziecka, częściej jednak po upływie 2—10 tygodni. Najczęściej prowadzi ona do wytworzenia owrzodzeń.

Co do zjawiania się na uchu w kile wrodzonej kilaków, to *Hammerschlag* utrzymuje, iż mogą one występować, inni jednak autorzy są zdania odmiennego.

Rozpoznanie zmian kiłowych ucha wewnętrznego w kile wrodzonej najczęściej nie bywa trudne, gdyż zmiany te rzadko występują wyłącznie na uchu, zazwyczaj zaś znajdujemy je również i na innych częściach skóry. Trudniejszą jest sprawa uzależnienia spraw degeneracyjnych ucha od wrodzonej kiły. Szczegółowe jednak badanie narządu słuchu, oraz całego ustroju, wykaże nieraz bezsprzecznie pewne stygmata kiły wrodzonej i umożliwi rozpoznanie.

2. Ucho środkowe.

Ucho środkowe zapada u osób z kiłą wrodzoną dość często. Zdaniem *Becka* dzieci z wrodzoną kiłą mają zwykle przerost tkanki adenoidalnej całego pierścienia Waldeyera, co przyczynia się do powstania spraw ropnych lub nieżytowych w uchu środkowem.

Badania *Brisotto*, który poszukiwał u płodów z wrodzoną kiłą krętków bladych w uchu, wykazały, że drogą trąbki Eustachjusza mogą powstawać sprawy swoiste w uchu, gdyż wykrył on obecność krętków bladych w trąbce oraz śluzówce jamy bębenkowej. *Zanni*

stwierdził obecność krętków bladych również w błonie bębenkowej płodów syfilitycznych.

Według *Fournier'a* duża odsetka ropień ucha u noworodków uzależniona być winna od wrodzonej kiły. Typowym jest, jego zdaniem, niebolesny i nagły początek oraz ciężkie zaburzenia ze strony ucha wewnętrznego, powodujące w następstwie zazwyczaj całkowitą głuchotę.

W kile wrodzonej późnej spotykamy również cierpienia ucha środkowego — sprawy ropne oraz nieżytowe. W naszych przypadkach kiły wrodzonej, stwierdziłem jeden raz sprawę ropną w uchu, sześć razy pozostałości po przebytem ropieniu lub nieżycie ucha środkowego. Materjał nasz obejmuje 20 przypadków. Cechą charakterystyczną tych schorzeń bywa szybkie przejście sprawy na ucho wewnętrzne z następczemi ciężkiemi zaburzeniami słuchu.

Habermann opisuje formę sklerozy ucha środkowego w kile wrodzonej; jedyną cechą „kiłowej diatezy" bywa tu zespół objawów ze strony zębów i oka (kerat. interstitialis).

O zajęciu sprawą swoistą w kile wrodzonej wyrostka sutkowego mówi się w piśmiennictwie niewiele. Zasługuje na uwagę podany przez *Caliceti* przypadek mastoiditis primitiva luetica u dziecka 13 lat z kiłą wrodzoną. W przypadku tym cierpienie rozpoczęło się nagłym bólem ucha i obrzmieniem za uchem, poczem na wyrostku zjawiła się przetoka. Błona bębenkowa bez zmian, tylna ściana przewodu słuchowego zewnętrznego obrzmiała. Operacja wykazała nekrozę kości, dużo galaretowatej bladej ziarniny. Ponieważ rana po zabiegu nie goiła się, a sprawa rozszerzała się dalej, zastosowano leczenie swoiste, które szybko spowodowało wyzdrowienie.

Co się tyczy obrazu anatomo-patologicznego tych cierpień, to często przypomina on zmiany, znajdowane w następstwie spraw banalnych w uchu środkowem (*Alexander*, *Panse*, *Assai*). Spotykano obrzmienie i przekrwienie śluzówki jamy bębenkowej, wysięk śluzowy, lub śluzowo-ropny w jamie bębenkowej; w wyrostku sutkowym stwierdzano niekiedy obraz próchnicy kości (*Bezold*, *Gruber*, *Wreden*, *Schwartze*).

3. Ucho wewnętrzne.

Już w dziale kiły nabytej stwierdziliśmy nadzwyczaj częste występowanie swoistych spraw w uchu wewnętrznem. Jednak jeszcze częściej ucho wewnętrzne zajęte bywa w przebiegu kiły wrodzonej. Występujące we wczesnej kile wrodzonej zaburzenia błędnika pro-

wadzą stale do całkowitej utraty słuchu i do głuchoniemoty. *Casxte* na materjale 719 dzieci głuchoniemych u 18 stwierdził tło swoiste. *Dobrowolski, Parrel, Beck* w 25% przypadków uzależniają głuchoniemotę od wrodzonej kiły. W powstaniu jej dominującą rolę odegrywają cierpienia swoiste błędnika, nerwu i opon mózgowych, jednak nie bez znaczenia są schorzenia jamy bębenkowej. Stwierdzają to niezbicie badania anatomo-patologiczne. *Baratoux*, poddając obdukcji zwłoki przedwcześnie urodzonych dzieci kiłowych, wielokrotnie znajdował zmiany w błędniku i jamie bębenkowej. Cierpienia te powstają wyłącznie drogą zakażenia zarodzi, — dowodzi tego fakt znajdowania krętków bladych w narządzie słuchowym płodów syfilitycznych (*Grünberg Brisotto, Zanni, Ranke*).

Daleko częstszą postacią kiły wrodzonej jest forma spóźniona, która występuje zwykle między 6 a 24 rokiem życia. Według *Hutschinsona i Jaksona* ok. 10%, a według *Baratoux i Hermeta* ok.-33% dzieci z kiłą wrodzoną wykazuje zaburzenia w narządzie słuchowym. Częściej ulegają temu cierpieniu kobiety. Nasz materjał, obejmujący 20 przypadków kiły wrodzonej późnej, wykazuje zajęcie ucha wewnętrznego w 19 przypadkach (95%). Wiek chorych wahał się od 6 do 33 lat.

Obraz chorobowy kiły wrodzonej ucha wewnętrznego jest dość skomplikowany. Spotykano zespół objawów, przypominający zajęcie, ucha wewnętrznego w kile nabytej z umiejscowieniem sprawy nie tylko w nerwie słuchowym, lecz i innych nerwach czaszki (*Ramadier, Durand, Caussé, Rose*). W całym szeregu jednak przypadków dominują objawy ze strony wyłącznie ucha wewnętrznego, oraz takie, których nie spotykamy w kile nabytej.

Głównym i wczesnym objawem jest zwykle upośledzenie słuchu. Zdaniem *Hartmanna* występuje ono niekiedy wcześniej od keratitis interstitialis, lub jednocześnie z niem. *Politzer, Zaviska* spostrzegali jednak częściej i wcześniej objawy ze strony rogówki aniżeli ucha. Moje badania wykazały zajęcie ucha wewnętrznego w 19 przypadkach, objawy swoiste ze strony oka w 10, ze strony zębów tylko w 4. W jednym przypadku mocno zaawansowanego cierpienia swoistego ucha widziałem typowe blizny promieniste na wargach, utrudniające nawet do pewnego stopnia otwieranie ust, Wassermann (+)[4] we krwi. Szept obustronnie 0, mowa głośna a. c., przewodnictwo kostne bardzo skrócone (do 3 sek.), pobudliwość cieplna osłabiona po jednej stronie, obrotowa zniesiona obustronnie dla kanałów poziomych i pionowych, galwaniczna zachowana.

Upośledzenie słuchu występuje nagle, doprowadzając w ciągu kilku dni, a nawet kilku godzin do utraty słuchu, nieraz jednak cierpienie rozwija się powoli, dając dłuższe remisje, po których następują nowe napady, doprowadzające do mniej lub więcej zaznaczonego upośledzenia słuchu. Najczęściej sprawa rozwija się w jednem uchu, przechodząc po pewnym czasie na drugie. Wyjątkowo bywa zaatakowany narząd słuchu odrazu dwustronnie. Niekiedy do obniżenia słuchu dołączają się szmery, zawroty głowy, wymioty, rzadko bóle głowy.

Dużą rolę w powstaniu cierpienia odegrywają różne czynniki, usposabiające, jak: ostre zakaźne choroby, zatrucia, zaburzenia w sferze płciowej, zmęczenie, wreszcie nawet zmiany warunków atmosferycznych. Chory ze względnie niezłym słuchem, lub zgoła nie podejrzewający swego cierpienia, nagle, po jakiejś chorobie zakaźnej lub przemęczeniu doznaje pogorszenia słuchu lub traci go całkowicie. Badając ucho wewnętrzne takiego chorego, najczęściej stwierdzić możemy jednoczesne zajęcie aparatu słuchowego i statycznego.

U naszych chorych 13 razy widzieliśmy zajęcie całego ucha wewnętrznego, 4 razy tylko przedsionka, 2 razy tylko ślimaka. Dane nasze w tym względzie są zgodne ze spostrzeżeniami *Lunda* i *Ramadier*.

Badanie otoskopowe osobników z kiłą wrodzoną często nie wykazuje żadnych zmian na błonie bębenkowej, pomimo istniejącego upośledzenia słuchu. W naszych przypadkach 6 razy notowaliśmy całkiem normalną błonę bębenkową, 13 razy widzieliśmy pewne zmiany na niej, z tego 7 razy mniej lub więcej zaznaczone wciągnięcie i zmętnienie błony, 4 razy zgrubienie jej ze złogami soli wapna, 2 razy suche przedziurawienie i zrosty pozapalne, wreszcie raz jeden objawy istniejącego przewlekłego ropienia. W przypadkach przedziurawienia i zrostów błony bębenkowej wywiad ustalił dawno przebyte ropienie ucha.

Drożność trąbki Eustachjusza w 18 przypadkach była normalnie zachowana, w 2 tylko trąbka była zwężona

Upośledzenie słuchu bywa rozmaite. U naszych chorych 5 razy notowaliśmy słuch dla szeptu normalny, 2 razy szept był słyszalny na odległości 5 metr., 5 razy od 2 do 4 mtr. W 6 przypadkach chorzy odróżniali szept tylko przy uchu, z tego 3 razy zaburzenie słuchu było jednostronne, wreszcie w 2 przypadkach chorzy słyszeli ad concham tylko głośną mowę. Całkowitej głuchoty nie spostrzegałem ani razu. Inni autorzy notują jednak około 20% zupełnej utraty słuchu.

Granica dolna słuchu w 5 tylko przypadkach była bez zmian, w 15 stwierdziłem podniesienie jej (w 8 do C_{32}, w 6 do C_{64} i w 1 do C_{256}). Zwykle zmiany w zachowaniu się dolnej granicy słuchu odpowiadały stopniowi upośledzenia słuchu.

Górna granica słuchu była obniżona tylko w 2 przypadkach — u chorych ze znacznem zaburzeniem słuchu.

Dwa razy spostrzegałem objaw wysepkowego wypadania tonów. W jednym przypadku chory nie słyszał dźwięku C^4, w drugim C^5. W obu zaburzenie wystąpiło jednostronnie, słuch dla szeptu był na to ucho bardzo upośledzony, błędnik statyczny reagował opieszale. Próba galwaniczna w jednym przypadku wypadła ujemnie, w drugim była znacznie osłabiona.

Przewodnictwo kostne u 7 z naszych chorych było w granicach normy, w 10 przypadkach skrócenie było nieduże (do 12 sek.), w 3 znaczne (do 5 sek. i bardziej). Znaczne skrócenie przewodnictwa kostnego występowało wyłącznie w przypadkach dużego upośledzenia słuchu, jednak stopień skrócenia przewodnictwa kostnego nie odpowiadał stopniowi osłabienia słuchu. Rinne wtedy stawał się ujemny. Badając przewodnictwo kostne dla stroików a_1 i C_{128} zauważyliśmy, że w 6 przypadkach przewodnictwo kostne było skrócone wyłącznie dla stroika a_1, w 6 dla obu, w 1 dla C_{128}. Objaw ten podkreślaliśmy już, omawiając sprawę metaluetycznych cierpień ucha wewnętrznego. Według *Ramadier* przemawia on na korzyść pierwotnego umiejscowienia sprawy swoistej w scianie błędnika, mianowicie w okolicy okienek, gdyż w myśl teorji Helmholtza włókna krótkiej blaszki podstawnej (membr. basilar.) ślimaka, odpowiadające tonom wysokim, leżą w sąsiedztwie okienka okrągłego. W naszych przypadkach, w których spostrzegaliśmy ten objaw, rzeczywiście nerw przedsionkowy reagował normalnie na prąd galwaniczny, — przemawiałoby to na korzyść podanego przez *Ramadier* tłumaczenia tego zjawiska. Jednak w cierpieniu metaluetycznem ucha wewnętrznego widzieliśmy skrócenie przewodnictwa kostnego dla stroika a_1 przy jednoczesnych objawach zajęcia sprawą chorobową nerwu. Z tej przyczyny znaczenie tego objawu dla odróżnienia cierpienia wyłącznie błędnika, zdaniem naszem, maleje.

Weber w 14 wypadkach nie był lateralizowany, w 3 dźwięk umiejscowiony w uchu gorszem, w 3 — w lepszem. *Ruttin* notuje częściej lateralizację dzwięku ku stronie ucha gorszego, ***Karbowski*** — ku stronie ucha lepszego.

Rinne wypadał u nas częściej dodatnio. Na 20 badanych 12 razy był R +, 8 razy R —. W 2 przypadkach notowaliśmy po jednej

stronie R±, po drugiej R—. *Ramadier*, *Ruttin*, *Karbowski* są zdania, iż w kile wrodzonej ucha w większości przypadków objaw Rinne'go wypada ujemnie. Sądzę, że różnica moich spostrzeżeń w stosunku do tych autorów zależy od wczesnego często okresu cierpienia u moich chorych.

Przytoczone wyżej dane wykazują, że w kile wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego możemy znaleźć cechy zajęcia sprawą aparatu przewodzącego i aparatu odbiorczego. Dominuje objaw zaburzenia słuchu, który występuje bardzo często (około 85%), częściej aniżeli objawy kiły wrodzonej ze strony oka i zębów.

Drugim również częstym objawem jest podniesienie dolnej granicy słuchu. Występuje ono równolegle do zaburzenia słuchu. W przypadkach daleko posuniętego cierpienia dołącza się obniżenie górnej granicy słuchu.

Przewodnictwo kostne we wczesnych okresach cierpienia bywa mało zmienione; znaczne skrócenie notowaliśmy w przypadkach daleko posuniętej sprawy chorobowej. Stosunek przewodnictwa kostnego do powietrznego w początkowych okresach cierpienia nie ulegał zmianie (objaw Rinne'go pozostawał dodatni), w późniejszych okresach zaburzenia słuchowe przewyższały swem natężeniem zmiany w przewodnictwie kostnem (objaw Rinne'go stawał się ujemny).

Przejdźmy teraz do omówienia zaburzeń ze strony narządów nerwu przedsionkowego. Z objawów podmiotowych notowane bywają zawroty głowy, nudności, wymioty. Jednak nadzwyczaj często cierpienie błędnika statycznego rozwija się skrycie, bez żadnych objawów. U badanych przeze mnie 20 chorych raz jeden były skargi na zawroty głowy, raz na wymioty, w 15 innych przypadkach zaburzeń ze strony przedsionka chorzy nic nie wiedzieli o swem cierpieniu.

Oczopląs samoistny spostrzegamy rzadko. Występuje częściej we wczesnym okresie cierpienia, kierunek jego odpowiada zwykle stronie zdrowego lub mniej chorego ucha. U naszych chorych nie widzieliśmy tego objawu wcale.

Próba cieplna wypadła normalnie 8 razy, obniżoną była 11 razy (z tego 5 razy jednostronnie), raz jeden błędnik obustronnie nie reagował na podrażnienia cieplne. Występujący oczopląs nosił cechy Ny. hor. lub Ny. hor. et rot. W przypadkach obniżenia pobudliwości cieplnej spostrzegaliśmy zwykle mniej lub więcej zaznaczone obniżenie słuchu. Ścisłej jednak równoległości między obu temi objawami, jak notuje *Karbowski*, nie mogliśmy stwierdzić. Mianowicie, niekiedy obniżenie słuchu było znaczne obustronnie, próba zaś cieplna wy-

padła słabiej tylko po jednej stronie; w innym znów przypadku stwierdziliśmy zupełny brak pobudliwości cieplnej z obu stron, obniżenie zaś słuchu wystąpiło tylko po jednej stronie.

Pobudliwość błędnika na obracanie jeszcze częściej od pobudliwości cieplnej ulega zmianie w przypadkach kiły wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego. U naszych chorych 5 razy spostrzegaliśmy ten objaw zachowany normalnie dla kanałów poziomych, raz notowaliśmy jednostronną nadwrażliwość błędnika, 13 razy — obniżenie pobudliwości (z tego 8 razy jednostronnie), wreszcie raz jeden zupełny brak odczynu. Z 5 przypadków normalnej próby obrotowej w 3 wypadła normalnie również i próba cieplna, w 2 innych jednak była ona osłabiona. Z 13 przypadków osłabienia próby obrotowej próba cieplna była zachowana w 5, w 7 była obniżona, w jednym zniesiona. Nadwrażliwości błędnika na obracanie odpowiadało obniżenie pobudliwości cieplnej, wreszcie w przypadku braku próby obrotowej widzieliśmy nieduże osłabienie odczynu cieplnego.

Co do zachowania się kanałów pionowych, to raz jeden spostrzegaliśmy nadwrażliwość ich, w 2 przypadkach osłabienie pobudliwości (z tego w jednym jednostronnie), w jednym wreszcie zupełny jej brak. W tym ostatnim przypadku nie reagowały również kanały poziome.

Wyniki próby cieplnej i obrotowej, zestawione w tablicach

Próba cieplna												
Pobudl. normalna			Nadwrażliwość			Pobudliw. obniżona				Brak pobudliw.		
Przy norm. obrot.	Przy wzmoż. obrot.	Przy obniż. obrot.	Przy norm. obrot.	Przy wzmoż. obrot.	Przy obniż. obrot.	Przy norm. obrot.	Przy wzmoż. obrot.	Przy obniż. obrot.	Przy braku obrot.	Przy norm. obrot.	Przy wzmoż. obrot.	Przy obniż. obrot.
3	—	5	—	—	—	2	1	7	1	—	—	1

Próba obrotowa (kanały poziome)												
Pobudl. normalna			Nadwrażliwość			Pobudliw. obniżona				Brak pobudliw.		
Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.	Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.	Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.	Przy braku ciepln.	Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.
3	—	2	—	—	1	5	—	7	1	—	—	1

Próba obrotowa (kanały pionowe)												
Pobudl. normalna			Nadwrażliwość			Pobudliw. obniżona				Brak pobudliw.		
Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.	Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy osłab. ciepln.	Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.	Przy braku ciepln.	Przy norm. ciepln.	Przy wzmoż. ciepln.	Przy obniż. ciepln.
6	—	10	1	—	—	1	—	—	1	—	—	1

pozwalają zauważyć, *że więcej niż w połowie przypadków przedsionek bywa zajęty sprawą swoistą*, jednak istnieje *ogromna rozbieżność* nietylko *w zachowaniu się jego in toto w stosunku do różnych podniet*, lecz również *w zachowaniu się poszczególnych kanałów do tej samej podniety.*

Badanie prądem galwanicznym wykazuje nieraz zupełne zachowanie pobudliwości nerwu (*Beck*), to znów obniżenie jej zaznaczone w mniejszym lub większym stopniu (*Karbowski*). U badanych przeze mnie chorych 14 razy stwierdziłem normalny odczyn galwaniczny, to znaczy oczopląs o charakterze obrotowego występował ku stronie katody przy 2 — 6 M. A. Cztery razy zauważyłem osłabienie odczynu (Ny. przy 8—15 M. A.), raz jeden nadpobudliwość nerwu (Ny. przy 0,5 M. A.), raz wreszcie pomimo użycia 20 M. A. odczynu nie otrzymaliśmy. W przypadkach osłabienia odczynu dwa razy oczopląs był ku anodzie, dwa razy typowego ruchu gałek ocznych nie można było wywołać, a zaledwie tylko skoszenie gałek ocznych w stronę katody. Posługiwałem się w mych badaniach metodą dwubiegunową.

Odchylenie głowy po zadziałaniu prądem galwanicznym spostrzegałem 6 razy: z tego w 4 przypadkach odchylenie było ku anodzie, towarzyszył mu zwykle silny zawrót głowy, w 2 przypadkach głowa odchylała się ku katodze i wtył. W pozostałych przypadkach odruch nie występował wcale, lub był tak chaotyczny, że żadnych wniosków wyciągnąć nie można było.

Porównując wyniki próby galwanicznej w kile wrodzonej ucha z wynikami próby cieplnej i obrotowej, widzimy *wyraźną rozbieżność w zachowaniu się tych odczynów. Najczęściej występują zaburzenia próby obrotowej, najrzadziej galwanicznej.* Te ostatnie widzimy w przypadkach daleko posuniętego cierpienia, znacznych zaburzeniach słuchu, silnem osłabieniu, a nawet braku pobudliwości przedsionka na podrażnienie cieplne i obrotowe.

Przejdźmy teraz do omówienia zjawiska, któremu w pracach traktujących o kile wrodzonej ucha poświęca się dużo miejsca,—do objawu Henneberta. Wymieniony objaw polega na tem, że zgęszczenie i rozrzedzenie powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym powoduje powolne ruchy gałek ocznych lub typowy oczopląs. Przy zgęszczaniu powietrza w przewodzie zewnętrznym otrzymujemy powolne ruchy gałek w stronę badanego ucha, lub oczopląs w przeciwną, przy rozrzedzaniu—odwrotnie. Spostrzeżenia *Lunda*, *Ruttina* wykazują w niektórych przypadkach stosunki zgoła odmienne — Ny. w stronę badanego ucha przy zgęszczaniu powietrza, w stronę przeciwną przy rozrzedzaniu. Powolne ruchy gałek ocznych *Ramadier* uważa za słaby odczyn, występujący na skutek słabszego podrażnienia, typowy oczopląs—za odczyn silniejszy. Według jego spostrzeżeń często u tego samego osobnika możemy wywołać i powolne ruchy gałek ocznych i oczopląs, to znów jeden tylko z tych objawów. Niekiedy powolnym ruchom towarzyszą drobne drgania nystagmiczne gałki ocznej. Natężenie sprawy chorobowej nie zdaje się wpływać na charakter zjawiska. Spotykamy częściej oczopląs o charakterze poziomym, istnieją jednak spostrzeżenia, stwierdzające możliwość występowania oczopląsu obrotowego, mięszanego, pionowego (*Beck*). Objaw Henneberta może występować stale u tego samego osobnika, niekiedy jednak zjawia się okresowo. Czasem daje się zauważyć tylko przy zgęszczaniu powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym, w innych znów przypadkach tylko przy rozrzedzaniu.

Od objawu Henneberta należy odróżniać objaw przetokowy Lucae oraz objaw Karlefors-Nylena. Pierwszy spotykamy w przetokach błędnika — charakteryzuje go typowy oczopląs ku stronie chorego ucha przy słabem nawet zgęszczeniu powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym; oczopląs bywa częściej poziomo-obrotowy, lub poziomy, może być wywołany w każdej chwili. Cechą charakterystyczną objawu Karlefors-Nylena jest to, że wywołuje go tylko dostatecznie silne zgęszczenie powietrza w przewodzie, oczopląs występuje ku stronie chorej, nosi cechy oczopląsu poziomo-obrotowego, zjawia się on dopiero w kilka sekund po podrażnieniu i nie może być raz po raz wywołany. Spotykamy go w przewlekłem ropieniu ucha środkowego, rzadziej w ostrem, wyjątkowo rzadko w nieżycie ucha środkowego (*Ramadier*).

Wielu badaczy uważa objaw Henneberta za patognomoniczny dla kiły wrodzonej ucha wewnętrznego. *Ramadier* spotykał go wyłącznie w przypadkach spóźnionej kiły wrodzonej, natomiast *Lund*

notuje go tylko w 25 % przypadków tego cierpienia. Spotykano ten objaw, coprawda bardzo rzadko, również w przypadkach zajęcia ucha w kile nabytej (*Benesi*).

U naszych chorych widzieliśmy objaw Henneberta wyraźnie zaznaczony tylko 4 razy — dwa razy z obu stron, dwa razy po jednej stronie; trzy razy oczopląs występował przy zgęszczaniu i rozrzedzaniu powietrza, raz jeden tylko przy rozrzedzaniu (w stronę badanego ucha). We wszystkich czterech przypadkach spostrzegaliśmy znaczne upośledzenie słuchu (w przypadkach jednostronnego objawu Henneberta — upośledzenie słuchu po tej stronie). Rinne we wszystkich przypadkach był dodatni. Przewodnictwo kostne było skrócone znacznie. Odczyn obrotowy był obniżony w dwóch przypadkach, w jednym zauważyliśmy nadwrażliwość na obracanie. Odczyn cieplny raz jeden tylko był osłabiony. Co do odczynu galwanicznego, to w jednym przypadku pobudliwość na prąd galwaniczny była lekko wzmożona, w pozostałych normalna.

Reasumując otrzymane przez nas wyniki, widzimy, że objaw Henneberta występował w 20% przypadków kiły wrodzonej ucha wewnętrznego. Zgadza się to ze spostrzeżeniami *Lunda*. Zważywszy, iż w 120 przypadkach kiły nabytej nie widzieliśmy tego objawu ani razu, wystąpienie jego możemy uważać do pewnego stopnia za patognomoniczne dla kiły wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego. Ponieważ towarzyszą mu inne objawy zajęcia sprawą swoistą błędnika, szlak zaś nerwu przedsionkowego zdaje się być wolnym od schorzenia, możemy posługiwać się nim w odróżnianiu spraw kiłowych błędnika od zmian kiłowych wewnątrz czaszki.

Mechanizm powstawania objawu Henneberta w kile wrodzonej ucha dotychczas nie jest dostatecznie wyświetlony. Hennebert uważa go za następstwo labyrinthitis syphilitica, w którem występują zmiany swoiste w cieczy błędnikowej i zrosty błędnika błoniastego z błędnikiem kostnym. *Alexander* tłumaczy objaw Henneberta wzmożoną pobudliwością przedsionka. Zdaniem *Lunda* w przypadkach występowania objawu Henneberta mamy do czynienia ze zmianami swoistemi w ścianie błędnika — w okolicy okienka owalnego; zmiany te (osteitis) przechodzą na strzemię, powodując nienormalną ruchomość jego. Dowodzi tego notowany najczęściej w tych przypadkach przez *Lunda* ujemny objaw Rinnego. Naszem zdaniem, żadna z tych teoryj nie tłumaczy nam wszystkich przypadków objawu Henneberta. Zespół

objawów ze strony błędnika nie zawsze bywa jednakowy, jedynie upośledzenie słuchu notowane bywa stale; Rinne bywa ujemny, może jednak być dodatni, skrócenie przewodnictwa kostnego niekiedy wyraźnie zaznaczone. Pobudliwość błędnika statycznego na podrażnienia cieplne i obrotowe czasem bywa wzmożona, częściej obniżona. Pobudliwość na prąd galwaniczny stale zachowana w granicach normy. Dowodzi to, że bezwątpienia w błędniku isnieją pewne zmiany swoiste (zapalne lub pozapalne), jednak umiejscowienie ich, jak również i stopień ukrwienia nie zawsze bywają jednakowe.

Dla zobrazowania powyższego pozwolę sobie przytoczyć jeden z czterech przypadków własnych, w których spostrzegaliśmy objaw Henneberta. Chora Cz. K. 10 lat na nic się nie skarży. Została poddana badaniu jedynie dlatego, iż u starszego jej brata stwierdziłem uprzednio zajęcie kiłą wrodzoną ucha wewnętrznego. Dziewczynka mała i wątła; zęby typu Hutschinsona, na lewem oku objawy przebytego keratitis interstitialis. Odczyn Wassermanna we krwi (+)[4]. Na tylnej ścianie gardła, bardziej po lewej stronie mała blada blizna. Błona bębenkowa obustronnie normalna. Szept przy uchu; przewodnictwo kostne skrócone znacznie (8 sek.); R +, W ±, odczyn cieplny osłabiony po stronie prawej, odczyn obrotowy obniżony obustronnie, odczyn galwaniczny normalny. Przy zgęszczaniu powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym z obu stron oczopląs o charakterze poziomym ku stronie przeciwnej, przy rozrzedzaniu — ku stronie badanego ucha. Przy dwukrotnem badaniu chorej objaw ten widzieliśmy za każdym razem. Dopiero w kilka tygodni po rozpoczęciu leczenia swoistego zaszły po jednej stronie zmiany tego objawu, mianowicie, mogliśmy go wywołać tylko przy rozrzedzaniu powietrza w przewodzie zewnętrznym. Po drugiej stronie objaw pozostał bez zmian. Chorej nie widziałem potem przez czas dłuższy; przeszło w rok potem przeprowadzone badanie nie wykryło już objawu Henneberta; zaburzenia jednak słuchowe pozostały bez zmian, pobudliwość błędnika na podrażnienia cieplne i obrotowe uległa osłabieniu.

Innym objawem, spostrzeganym również w kile wrodzonej ucha wewnętrznego jest objaw Myginda. Uciskając palcem tętnicę szyjną *Mygind* otrzymywał w pewnych przypadkach oczopląs ku stronie przeciwnej. Objaw ten najczęściej występował w przypadkach przetoki błędnika, notowano go jednak także w spóźnionej kile wrodzonej ucha wewnętrznego. Wywołać ten objaw możemy również, dając choremu do wziewania amylum nitrosum (*Borries*).

U naszych chorych objaw ten występował dwa razy, w obu

przypadkach po jednej tylko stronie; w jednym przypadku razem z objawem Henneberta, w drugim bez niego.

Przypadek 1. Chora P. M. 8 lat. Przed kilku laty przy objawach „cuchnącego kataru“ wystąpiły owrzodzenia u wejścia nosowego, poczem powstały w tych miejscach blizny, zwężające otwory nosowe. Chora gorzej słyszy. Wywiad ustalił, że matka chorej dwa razy miała poronienie. Chora prawidłowo zbudowana, lecz wątła, badanie nosa wykazuje zwężenie otworów nosowych koncentryczne, blizny białe dookoła, objawy zaniku w nosie. Ze strony oka i zębów zmian kiłowych nie zauważono. Wassermann we krwi (+)[1]. Prawa błona bębenkowa normalna, lewa nieco zgrubiała. Szept 0,5 dla lewego ucha i 3,0 dla prawego. Dolna granica słuchu podniesiona (dla prawego ucha do C_{32}, dla lewego C_{64}), granica górna normalna. Przewodnictwo kostne skrócone. Błędnik statyczny reaguje opieszale na podrażnienia obrotowe, gorzej po stronie lewej (kanały poziome i pionowe), na podrażnienia cieplne normalnie. Odczyn galwaniczny zachowany. Objaw Henneberta obustronnie — przy zgęszczaniu powietrza oczopląs ku stronie przeciwnej, przy rozrzedzaniu odwrotnie. Przy ucisku koniuszkiem palca lewej tętnicy szyjnej u brzegu przedniego m. sternocleidomastoidei, pod kątem żuchwy — oczopląs słaby ku stronie przeciwnej (objaw Myginda). Po stronie prawej objawu tego wywołać nie można było. Przeprowadzono leczenie swoiste rtęciowo-arszenikowe. Słuch poprawił się znacznie (szept do 5 mtr.), pobudliwość przedsionka na podrażnienia obrotowe uległa również poprawie. Objaw Henneberta pozostawał czas pewien bez zmian, następnie mogliśmy go wywołać tylko rozrzedzeniem powietrza w przewodzie słuchowym, poczem po pięciu miesiącach znikł zupełnie. Objaw Myginda również czas dłuższy był bez zmian, ustąpił razem z objawem Henneberta.

Przypadek 2. Chora K. M. 11 lat. Przed pół rokiem przeszła kurację swoistą z powodu cierpienia oczu. Wassermann we krwi (+)[4]. Ślady po przebytem keratitis interstitialis. Zęby bez zmian. Błona bębenkowa obustronnie normalna, słuch dla szeptu zachowany. Dolna i górna granice słuchu normalne. Przewodnictwo kostne lekko skrócone dla stroika C_{128}. R +, W — wlewo. Próba cieplna z prawej strony lekko osłabiona, obrotowa obniżona obustronnie dla kanałów poziomych, galwaniczna normalna. Z prawej strony wyraźny objaw Myginda — ucisk tętnicy szyjnej po prawej stronie wywołuje oczopląs poziomy wlewo. Objawu Henneberta brak. Więcej chorej nie widziałem.

W obu przypadkach spostrzegaliśmy objaw Myginda po jednej tylko stronie. U pierwszej chorej występował on po stronie gorszego upośledzenia słuchu i znaczniejszego zaburzenia ze strony przedsionka, w przypadku drugim objawowi temu towarzyszyło również osłabienie pobudliwości na podrażnienia cieplne i obrotowe po tej samej stronie. Pobudliwość galwaniczna w obu przypadkach była zachowana. W pierwszym przypadku spostrzegaliśmy prócz tego obustronny objaw Henneberta. Dowodzi to, iż w objawie Myginda również mamy wyraz cierpienia wyłącznie błędnikowego. Powstanie tego objawu tłumaczą zmianami ciśnienia i ruchu cieczy błędnikowej wskutek zaburzeń obiegu krwi, wywołanych uciskiem naczyń na szyi. Spostrzegane przez nas ustąpienie objawu Myginda i Henneberta po przeprowadzonem leczeniu swoistem, przemawia na korzyść tego, iż zmiany swoiste w uchu wewnętrznem warunkujące te objawy, nie należały do zmian stałych, głębszych, gdyż w przeciwnym razie nie cofnęłyby się na skutek leczenia.

Zestawienie spostrzeganych w kile wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego objawów ze strony ślimaka i przedsionka wykazuje, jak różnorodny bywa obraz kliniczny tego cierpienia.

Zaburzenia słuchowe, podniesienie dolnej granicy słuchu, częste stosunkowo zachowanie przewodnictwa kostnego, zaburzenia próby cieplnej i obrotowej przy niezmienionej pobudliwości galwanicznej, objaw Myginda i Henneberta — oto objawy, składające się na tę jednostkę chorobową. Jednak badanie nie zawsze daje nam taki zespół objawów, zresztą nasilenie ich i stosunek wzajemny zwykle bywa niejednakowy. Dlatego też poszukiwania zwróciły się w kierunku badań laboratoryjnych—krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpatrzmy, jakie znaczenie rozpoznawcze mają te badania.

Według *Becka* odczyn Wassermanna we krwi wypada dodatnio w kile wrodzonej ucha wewnętrznego w 15,4% przypadków, w płynie mózgowo-rdzeniowym zaledwie w 7,7%. W naszych przypadkach odczyn Wassermanna we krwi był wybitnie dodatni $(+)^4$—13 razy, słabo dodatni $(+)^1$—jeden raz, co stanowi 70%. Zgadza się to ze spostrzeżeniami *Ramadier*.

Szczegółowe badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazuje zwykle (według *Becka)*

Pleocytozę	23,1%
Odczyn kolloidalny .	23,1%
Nonne-Appelt . . .	7,7%
Pandy	0%

Zważywszy więc na rzadko wykrywane zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach kiły wrodzonej ucha wewnętrznego, na częstszy dodatni odczyn Wassermanna we krwi, wreszcie na niebezpieczeństwo nakłucia lędźwiowego, o czem już wspominaliśmy, — uważamy za zbędne dokonywanie w tych przypadkach dla celów djagnostycznych badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

W rozpoznaniu kiły wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego możemy natrafić nieraz na duże trudności. Charakterystycznym dla tego cierpienia jest nagły początek, oraz występujące często chwilowe poprawy słuchu. Skrócenie przewodnictwa kostnego nie bywa często zaznaczone, zwłaszcza w okresach wcześniejszych cierpienia. Stosunkowo częściej spotykamy ten objaw w odniesieniu do tonów wyższych. Pobudliwość przedsionka osłabiona często, zwłaszcza dla próby obrotowej. Pobudliwość na prąd galwaniczny zachowana. Stwierdzenie objawu Henneberta lub Myginda przy braku zmian ropnych w uchu środkowem uprawnia nas do rozpoznania kiły wrodzonej ucha wewnętrznego. Swoiste zmiany na rogówce, nieprawidłowe uzębienie, istnienie niekiedy na wargach typowych blizn promienistych, dodatni odczyn Wassermanna, wreszcie dane anamnestyczne uzupełniają nam obraz chorobowy.

Zdaniem *Borriesa, Karbowskiego* ma również znaczenie dla rozpoznania kiły wrodzonej ucha wewnętrznego badanie tętna, gdyż stan podrażnienia błędnika może powodować jego zwolnienie.

Co do rokowania w kile wrodzonej ucha wewnętrznego, to zdania pod tym względem są zgodne. Rokowanie jest naogół złe, gorsze aniżeli w przypadkach kiły nabytej ucha. Cierpienie najczęściej postępuje, i sprawa kończy się dwustronną głuchotą. Przypadki o przebiegu lżejszym należą do nadzwyczaj rzadkich.

Energiczne leczenie swoiste daje niekiedy poprawę stanu ucha, jednak przypadki takie nie należą do częstych. U moich chorych zaledwie dwa razy spostrzegałem dodatni wynik leczenia. Stosowano leczenie mięszane neosalwarsanem i rtęcią. Dotyczyło to chorych uprzednio nie leczonych, u których niedawno wystąpiło upośledzenie słuchu. Pobudliwość obrotowa w obu przypadkach była obniżona, cieplna w jednym zachowana, galwaniczna w obu normalna. W jednym z tych przypadków wyraźny objaw Henneberta i Myginda. Po zastosowaniu kuracji przeciwkiłowej w obu przypadkach wystąpiła poprawa słuchu (w jednym dla szeptu z 0,5 na 3,0 mtr., w drugim z 0,5 na 5,0 mtr.), rozszerzenie granicy słuchu dla stroików (dolna

granica z C_{64} przesunęła się na C_{32}, a z C_{256} na C_{64}), pobudliwość przedsionka na podrażnienia cieplne i obrotowe uległa zmianie na lepsze. Objaw Henneberta i Myginda znikł, o czem już wspominaliśmy wyżej przy omawianiu przypadku. Chorzy ci są już prawie dwa lata w mej obserwacji, jednak na razie pogorszenia ich stanu nie spostrzegam.

Przytoczone przypadki nie pozwalają nam na wypowiedzenie się w sprawie możliwości całkowitego uleczenia kiły wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego, stwierdzają jednak bezwzględnie fakt uzyskania poprawy w tem cierpieniu dzięki wcześnie zastosowanemu leczeniu swoistemu.

Dane anatomo-patologiczne, coprawda bardzo skąpe, odpowiadają obrazowi klinicznemu kiły wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego. *Downie* znalazł w jednym przypadku rozrost tkanki kostnej w przestrzeniach błędnika, *Manasse* stwierdził obecność tkanki łącznej w uchu wewnętrznem przy obrzmieniu zapalnem w nerwie słuchowym.

Różnorodność objawów klinicznych, zwłaszcza ze strony narządów nerwu przedsionkowego, normalne najczęściej zachowanie się próby galwanicznej, rzadko występujące zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, wreszcie wyjątkowo rzadkie zjawiska zajęcia innych nerwów czaszkowych pozwala na przypuszczenie, że w kile wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego mamy do czynienia, jeśli nie wyłącznie, to najczęściej z procesem zapalnym w błędniku, zarówno w kostnym jak i w błoniastym.

Leczenie.

W leczeniu kiły ucha posługujemy się ogólnemi metodami opracowanemi w syfilidologji, jednak zależnie od rozmaitej lokalizacji i charakteru swoistego schorzenia ucha, wybór tej lub innej metody leczniczej często nabiera dużego znaczenia praktycznego.

Głównemi środkami leczniczemi są sole rtęci, jodu, arszeniku i bismutu, stosowane często łącznie w myśl kombinowanej metody leczenia.

Sprawą pierwszorzędnej wagi jest stosunek, jaki zachodzi pomiędzy nasileniem objawów kiły ucha a leczeniem preparatami arszeniku. Jak już mówiliśmy wyżej w dziale kiły nabytej ucha wewnętrznego, spotykamy dwie grupy objawów — tak zwany odczyn Herxheimera z jednej strony, z drugiej — neurorecydywy kiły oraz neuryty toksyczne. Ani odczyn Herxeimera, ani wystąpienie neurore-

cydywy nie jest, zdaniem *Ramadier*, przeciwwskazaniem do leczenia arszenikiem. Jedynie objawy idjosynkrazji do tego środka każą nam zastosować leczenie rtęcią lub bismutem. Zaleca on w cierpieniu kiłowem ucha wewnętrznego stosowanie metody leczenia według *Sezary*'ego — arszenikowo-bismutowej, uważając ją za najwłaściwszą. W całym szeregu naszych przypadków stosowano to leczenie z dobrym wynikiem, jednak widzieliśmy również wyniki pomyślne od leczenia rtęcią i arszenikiem.

Co do spóźnionej kiły wrodzonej ucha wewnętrznego, to w przypadkach wczesnych nieraz energiczne leczenie arszenikowo-rtęciowe daje poprawę, jak mogliśmy stwierdzić u dwóch naszych chorych. Jednak w przypadkach ciężkiego upośledzenia słuchu, zwłaszcza jeśli stosowane leczenie pogarsza sprawę, należy zaniechać stosowania preparatów arszenikowych, zastępując je rtęcią i jodem.

To samo dotyczy zajęcia sprawą kiłową okostnej i kości ucha środkowego i wyrostka sutkowego.

Z innych metod leczniczych stosują nieraz zastrzyknięcia podskórne pilokarpiny, częściej w przypadkach wrodzonej kiły ucha wewnętrznego. Działanie tego środka ma polegać na ułatwianiu wsysania się wysięków wewnątrzbłędnikowych. Próby jednak *Becka* i innych autorów nie dały oczekiwanych wyników.

Beck, Schlander spostrzegali pewną poprawę w stanie chorych na kiłę ucha wewnętrznego od stosowania tuberkuliny łącznie z rtęcią lub bez niej. Autorzy ci notują w kilku przypadkach również poprawę od natrium nucleinicum, vakcyny gronkowcowej.

Wreszcie musimy wspomnieć o leczeniu cierpień metaluetycznych zimnicą. Metoda ta została zapoczątkowana stosunkowo niedawno, spostrzeżeń klinicznych jest bardzo niewiele w piśmiennictwie, dopiero więc dalsze badania pozwolą na wypowiedzenie się w tej sprawie.

Piśmiennictwo.

1. Alexander. Die Syphilis des Gehörorganes—1914. 2 Alexander (w/g Brüninga). 3. Alexander (w/g Habermanna). 4. Almour. The labyrinth as aid in the diagnosis of the central nerwous system (str. Zbl. f. Ohr. Bd. 9. S. 563). 5. Assai (w/g Manasse). 6. Baratoux (w/g Politzera). 7. Barré (w/g Ramadier). 8. Bayer (w/g Becka). 9. Beck (Mon. f. Ohr. 1918. S. 611). 10. Beck. Zur Pathol. hered.-syphil. Labyrintherkrank (Wien. Med. Woch. 1927. Nr. 22). 11. Beck. Syphilis du labyr. avec curieuse react. westib.—str. R. de Lar. XXXIII). 12. Beck (podr. Denker und Kahler). 13. Beck u. Poper. Westib. untersuch. bei unbehandelter rezenter

Syphilis der Secundarperiode (Ztsch. f. Ohr. 1922. B. 3.). 14. Benesi. Kompression u. Aspirationsnystagmus bei acquirirt. Lues (M. f. O. 1919). 15. Benario (w/g Brüninga). 16. Berthold (w/g Morpurgo). 17. Better. Przyczynki do neurorecydyw nerwu słuchowego (P. G. L. 1924. Nr. 34). 18. Bezold Uczebnik usznych boleźniej 1909. 19. Blau. Encyklopedie der Ohrenheilkunde· 1900. 20. Borri. Distrutione sifilitica dell apofisi mastoide etc. (str. Zbl. f. Ohr. B. 9. S. 639). 21. Borries (w/g Ramadier). 22. Borries. Pulsferlangsamung bei Labyrinthitis (M. f. O. 1927. H. 3). 23. Bourgeois. (Soc. de Lar. des hop. de Paris 1927). 24. Bourgeois. Otite moyenne suppuree guerie par le traitement ansisyphiliticue (Bul. 1911. T. XXVII). 25. Brieger. Kli. Beitr. zur Ohrenheilk. 1896. 26. Brisotto (str. Zbl. f. O. B. 9. S. 364). 27. Brühl. Ohrenheilkunde. 28. Brüning. Arch. f. O. B. 109. H. I. 1922. 29. Buck (w/g Politzera). 30. Burnett (w/g Politzera). 31. Buttersacht (w/g Ramadier). 32. Caliceti. Un cas de mastoidite syphilitique (R. de Lar. 1925). 33. Castex. Rev. de Lar. 1908. 34. Caussé. Recher sur la conduction osseuse au cours de la syphilis acquise (An de mal. de l'oreille 1927. 35. Collet. L'oreille dans la syphilis et le tabes (str. Zbl. f. H. G. 1923. B. 7). 36. Després (w/g Politzera). 37. Denker u. Kahler. Handbuch der Hals Naz. Ohr. 38. Dobrowolski. Przegl. Polsk. Pism Lekarsk. 1913. 39. Duchenne (w/g Ramadier). 40. Downie (w/g Denker u. Kahler). 41. Escat. Les surdites progressives. 1922). 42. Fallopio (w/g Ramadier). 43. Ferre (str. Zbl. f. H. N. O. 1927. B. XI. H. 4). 44. Fournicr. Traite de la syphilis 1928. 45. Gellé (w/g Morpurgo). 46. Gerber. Die Syphilis der Nase, Halses u. Ohres. 1910. 47. Gradenigo. La syphilis ignore de l'oreille (An. des mal. de l'oreille 1922). 48. Gradenigo. Die Otitis int. bei her.-Syphilis. (Ar. f. O. 1887. T. XXV). 49. Graupner (w/g Manasse). 50. Gruber (w/g Habermanna). 51. Grünberg. Pathol. u. Klinik der Lues des inner Ohres. (Ztsch. f. Lar. B. 14. H. 1/2). 52. Habermann. Die luet. Erkrank. des Gehörorgans (Kl. Vortr. der Otologie 1895—6). 53. Hammerschlag. Terapia usznych bolezniej. 1904. 54. Hartmann. Bolezni ucha. 1893. 55. Haug. Die Krankheiten des Ohres. 56. Hautant (w/g Ramadier). 57. Heiman. Choroby narządu słuchowego. 58. Hennebert. Reactions vestibulaires dans les labyr. heredo-syphil. (Bull. de la soc. Fr. 1909). 59. Hennebert. Deux nouveaux cas de labyr. her. syph. avec signe pneumat. (str. R. de Lar. T. XLV. 60. Hermet (w/g Politzera). 61. Herxheimer (w/g Brühla). 62. Higguet. Congr. soc. Fr. d'O. R. L. 1926). 63. Hutschinson u. Jakson (w/g Heimana). 64. Jarysch (w/g Habermanna). 65. Karbowski. Kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego w świetle nowych badań (P. C. L. 1928. Nr. 5—6). 66. Kaufmann. Mastoidite syph. (O. R. L. inter. 1925. Nr. 5). 67. Kobrak (w/g Grünberga). 68. Kovarsky. Verand. der Knochenleitung bei Lues. (str. Zbl. f. O. B. 9). 69. Lang (w/g Politzera). 70. Lehmann Octavusstöhrungen im Frühstadium der Lues (str. Zbl. f. H. G. 1923. B. 8). 71. Lund. Syphilis in äusserem Ohre (str. Ac. Otol. V. III. F. 1—2). 72. Lund. La neuro-labyr. syphil. (Ac. Otolar. V. III. F. 1—2). 73. Mauthner, Seidler, Lövy (w/g Karbowskiego). 74. Mayer. (Arch. f. Ohr. B. 72. H. 1—2). 75. Mayer. Histol. Untersuch. zur Kenntniss der Entstehung der Taubheit etc. (Arch. f. Ohr. 77). 76. Manasse. Pat. Anat. des Ohres. 1917. 77. Moos i Steinbrügge (w/g Manasse). 78. Morpurgo. Ueber. des Verhalten

der Gehörorgans bei Tabes. (Arch. f. Ohr. T. XXX. 1890). 79. Möller J. Un cas des papul. syphil. de typman (Ac. Otol. V. I. F. 1). 80. Münchheimer (Katz u. Blumenfeld). 81. Mygind. Some remarke upon Fistulasymptomps (Ac. Otol. V. VI. F. 1—2). 82. Neumann (w/g Becka). 83. Paré (w/g Ramadier). 84. Parrel. Notions schemat. de prophylaxie de l'heredosyphil. (str. R. de Lar. 1923. 85. Parrel. Etiologie des surdites bilaterales subites (Bull. de la soc. Fr. 1910). 86. Petit (w/g Becka). 87. Pierret (w/g Ramadier). 88. Pollak (w/g Briegera). 89. Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1908. 90. Ramadier. La syphilis auriculaire 1928. 91. Ramadier. La syphilis de l'oreille (str. R. de Lar. XLV). 92. Remadier. L'epreuve pneumatique du vestibule dans l'heredo-syphilis auriculaire (str. R. de Lar. 1922). 93. Ravogli (w/g Politzera). 94. Rebattu. Etudes les reactions labyr. au cours du tabes. (Rev. de Lar. 1925. Nr. 4). 95. Ricaud (w/g Ramadier. 96. Rotenberg. Syfilis usznoj rakowiny (Mies. uszn. gordł. bolezn. T. VI. 1919). 97. Roy. De la syphilis chez les noires de Africue. (Bull. de la soc. Fr. 1919). 98. Ruttin. Untersuchungen über die Function des inneren Ohres bei kongenit. Lues. (M. f. O. 1927. H. 2). 99. Schlander (M. f. O. 1919. S. 567). 100. Schmidt. Die allgemeine Behandlung der Syphiłis (Fol. Otol. B. 14, H. 1—2). 101. Schmuckert (w/g Becka). 102. Schubert (w/g Hauga). 103. Schwartze (w/g Habermanna). 104. Sędziak (w/g Gezes.—R. de Lar. 1919. Nr. 11). 105. Spira. Uber Erkrankungen des inneren Ohres im Frühstadium der Syphilis (M. f. O. 1923). 106. Trautmann (w/g Briegera). 107. Treitel (w/g Hauga). 108. Truffert. Des Otomastoidites banales chez les syphilit. (str. Zbl. f. O. B. 9. S. 809). 109. Ouix. Ein Fall von Lues cerebri. (M. f. O. 1920). 110. Urbantschitsch. Ohrenheilkunde. 1910. 111. Virchov (w/g Urbantschitscha). 112. Voigt (w/g Hauga). 113. Weize (w/g Habermanna). 114. Wodak. Zur Funktionsprüfung des Gehörorganes luetischen Individuen. (M. f. O. 1920). 115. Wreden (w/g Hauga). 116. Zanni. Reperto di spirochete nella membrana tympani etc. (str. Zbl. f. O. B. 9. S. 334). 117. Zaufal (w/g Habermanna). 118. Zawiska. Lesions de l'oreille inter. dans la kerat. parench. (str. Zbl. f. H. G. 1907). 119. Zeissl (w/g Hauga).

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

Posiedzenie naukowe 26.I.28.

Obecni jako goście kol. kol. bracia Kryńscy.

1). *B Kryński i Karbowski*: Rentgenografja kości skroniowej.

Dr. *Kryński* omówił w ogólnych zarysach technikę rentgenografji kości skroniowej: zwrócił uwagę na trudności, jakie rentgenolog spotyka w każdym poszczególnym przypadku. Konieczną jest daleko idąca indywidualizacja ze względu na indywidualności w budowie anatomicznej.

Dr. *Karbowski* omówił znaczenie rentgenografji dla kliniki. Dochodzi on do wniosku, że o ile w typowych przypadkach obraz rentgenol. ma znaczenie polegające na obznajmieniu się zgóry z planem operacyjnym, to w przypadkach

o przebiegu klinicznym nietypowym badanie rentgen. po uwzględnieniu całokształtu obrazu klin., może decydować o zabiegu chir. Obraz rentgen. z różnych okresów sprawy zapalnej pozwala nam przewidzieć jaki będzie dalszy przebieg.

Dyskusja.

Dr. *Zamenhof* nic nowego na zdjęciach przedstawionych nie widział. Wnioski kol. Karbowskiego są przedwczesne. Kol. Z. ostrzega przed niemi na zasadzie własnego doświadczenia.

Dr. *Mesz* zdjęcie obu wyrostków należy robić jednocześnie, zwłaszcza w położeniu osiowem. Przy guzach zaciemnienie jest miarodajne (objawy zastoinowe). Przy guzach w tylniej jamie czaszkowej po stronie zdrowej przewód zewnętrzny ma być szerszy. Współpraca klinicysty z rentgenologiem jest niezbędna w każdym przypadku. Postęp rentgenografji wyrostków jest niewątpliwy. Kol. M. nie zgadza się z kol. Zamenhofem.

Dr. *Kmita* odczytywanie rentgenogramów jest rzeczą najważniejszą. Porównanie chorej strony ze zdrową jest niezbędne.

Dr. *B. Chorążycki* w zupełności się zgadza z tem że rentgenografja robi wielkie postępy, ale nigdyby się nie odważył li tylko na podstawie zdjęcia rentgen. przedsięwziąć zabiegi na wyrostku. Ile to razy zaciemnienie wyraźne jam szczękowych, które mają ściśle określone granice, wprowadzają nas w błąd. Tembardziej musimy być ostrożni z tłumaczeniem zdjęć wyrostków. Nieraz widzimy na zdjęciu wyraźną budowę siateczkową albo beleczkową a przy operacji znajdujemy tkankę gąbczastą dość zbitą albo o minimalnych oczkach. Zwłaszcza u dzieci podobne obrazy mogą wprowadzić w błąd, gdyż wyrostki dziecięce dość często prawie nie zawierają komórek powietrznych.

Dr. *Kryński* ogólny rentgenolog nie może tłumaczyć zdjęć, tylko klinicysta który się zajmuje jednocześnie rentgenologją swej specjalności może dać trafne tłumaczenie obrazów rentgenologicznych.

Dr. *Karbowski* prawdą jest że wynik ujemny rentgenografji nie jest miarodajny.

II) Dr. *Karbowski.* Przypadek ośrodkowego porażenia nerwu zwrotnego.

Przypadek dotyczy 40-kilkoletniego pac. u którego w kilka dni po operacji usunięcia kamienia nerkowego wystąpiła silna czkawka, która trwała około 10 dni. Po ustąpieniu czkawki wystąpiło porażenie n. twarzowego prawego i lewego n. zwrotnego. Stopniowo ustąpiło porażenie nerwu twarzowego; od kilku tygodni spostrzega się również znaczną poprawę w czynności n. zwrotnego. Lewa nalewka i struna głosowa wykazuje zahamowanie odwodzenia, przyczem cała lewa połowa krtani jest wyraźnie obrzęknięta. Jednoczesne porażenie n. twarzowego z pr. strony i n. zwrotnego z lew. strony trudno jest wytłumaczyć. Jest to według wszelkiego prawdopodobieństwa ośrodkowego pochodzenia na tle schorzenia naczyniowego.

III) Dr. *J. Chorążycki (jun).* Demonstrował chorego z pemphigus.

IV) Dr. *Czarnecki* przedstawił chorą lat 50, która zwróciła się do niego przed 2 miesiącami, skarżąc się, ze od roku zaczęły jej rosnąć guzy po obu stronach szyi; guzy te przed $^1/_2$ rokiem zoperowano, ale już po upływie 3 tygodni zjawiły się z powrotem. Przy badaniu stwierdzono obecność dużych twardych guzów po obu stronach szyi, tak, że obwód szyi był znacznie większy od obwodu głowy. W jamie noso-gardzielowej stwierdzono obecność guza, wypełniającego

szczelnie całą jamę i opuszczającego się do jamy gardzieli. Kawałek guza wycięto i zbadano drobnowidowo, przyczem skonstatowono mięsak.

Chora była leczona naświetlaniem promieniami Roentgena i zastrzykiwaniem arszeniku. Po upływie miesiąca chora zjawiła się u kol. Cz. uważając się za zdrową, przyczem zarówno guz w jamie noso-gardzielowej, jak i znacznie powiększone gruczoły chłonne na szyi całkowicie zginęły. Chora powtórnie była naświetlaną promieniami Roentgena. Obecnie po upływie 5 tygodni stan jest cokolwiek gorszy, gdyż w jamie nosowo-gardłowej można stwierdzić obecność niewielkiego guza, a i z prawej strony szyi widać powiększone gruczoły, lewa strona szyi—wolna. Kol. Cz. ma zamiar zastosować 3-ią serję naświetlań i leczenie jodem.

V) Dr. *B. Chorążycki* (*sen*) przedstawił 2 przypadki:

A. Anamneza. Chora lat 14 z Łodzi. Od 5 tygodni choruje na ropienie ostre lewego ucha środkowego. W początku lekarz zrobił paracentezę w uśpieniu ogólnem, również usuwał po pewnym czasie w ten sam sposób mały kawałek ziarniny. W końcu 4-go tygodnia nagle występują bóle głowy, wymioty i niepewny chód. Od czasu do czasu podwójne widzenie. Ciepłota i tętno stale w granicach normy. Badanie dna oczu ustaliło obustronną tarczę zastoinową.

Stat. praesens: Chora o wyglądzie i odżywianiu normalnem. Stale leży, gdyż sama nawat kilku kroków bez obcej pomocy zrobić nie może. Chwieje się w różne strony. Z zamkniętemi oczyma nawet ani jednego kroku zrobić nie może. Romberg nie wybitnie dodatni. Oczopląs wyraźny w stronę zdrowego ucha zwłaszcza przy patrzeniu wprawo. Przy zupełnym odwróceniu oczu wprawo — podwójne widzenie, co podobno i przed chorobą się zdarzyło (?). Bolesność wyrostka nieznaczna, wydzielina ropna obfita. Tętno i temperatura normalna. Badanie dna oczu nie stwierdza tarcz zastoinowych. Bóle głowy częste i gwałtowne.

Operacja: Rozległy ropień nadoponowy i okołozatokowy długości (przedniotylnej) około 6 cm., szerokości (górnodolnej) około 5 cm. Kość wybitnie zpneumatyzowana. Wszystkie komórki pełne ropy i ziarniny. Nawet całą nasadę łuku jarzmowego usunięto. Dzisiaj 18 dzień po operacji. Wszystkie wyżej wspomniane objawy znikły zupełnie. Chora doskonale chodzi i niedługo się wypisze z zakładu.

B. Chora lat 24 zwróciła się z powodu chrypki i niedrożności nosa. Badanie stwierdza zmiany twardzielowe w drogach oddechowych na całej rozciągłości. Prawa połowa jamy nosowej zupełnie zarośnięta, do czego oprócz zmian specyficznych przyczyniło się jescze wrodzone skrzywienie przegrody. W przestrzeni nosowo-gardłowej zrosty w postaci pasm bliznowatych dłuższych i krótszych, które podniosły i wciągnęły do góry miękkie podniebienie tak, że małego języczka wcale nie widać. Postrynoskopja jest z tego powodu dość ciekawą i pouczającą, gdyż po obu stronach stwierdza się jakby wachlarze z pasm bliznowatych. W krtani znaczne zmiany specyficzne. Najciekawszem jest jednak nacieczenie i unieruchomienie lewej połowy krtani.

Leczenie: Oprócz leczenia miejscowego naświetlania promieniami Roentgena które mają dobrze działać na nacieczenia specyficzne.

Posiedzenie naukowe 23.II. 1923.

Dr. *Lubliner* komunikuje o zjeździe przyrodników, lekarzy i inżynierów w Pradze Czeskiej.

I. Dr. *Pieniążek* przedstawia chorego z **neoplasma malignum tonsillae palatinae.**

Przypadek dotyczy mężczyzny wieku lat 31, który od kilku tygodni zapada na gardło. Badanie d. 16 I b. r. wskazuje: Chory miernie odżywiony, blady, skarży się na nieco utrudnione połykanie, brak apetytu, cuchnienie z ust, co ma trwać z górą 2 tygodni. Na szyi po prawej stronie gruczoły chłonne nieco powiększone, przy ucisku cokolwiek bolesne, zwłaszcza gruczoł w okolicy ślinianki. Otwieranie ust swobodne. Na prawym migdałku — rozległy szaro-biały nalot, sam migdałek nie powiększony wyraźnie.

W pierwszych 2 tygodniach osiągnięto wyraźną poprawę: naloty zmniejszyły się, cuchnienie znikło, apetyt a z nim i stan ogólny o tyle się poprawił, że chory powrócił do swych zwykłych zajęć. Jednak w tym samym czasie migdałek zaczął szybko się powiększać we wszystkich kierunkach, wkrótce przekroczył linję środkową. Naloty zaczęły się rozszerzać. Badanie bakterjologiczne (Dr. Szerypo) wykryło obecność krętków i wrzecionowców, licznych dwoinek i laseczek rzekomo błoniczych w hodowli. Pozornie otrzymaliśmy więc potwierdzenie pierwotnego rozpoznania. Temu przeczył jednak szybszy rozrost migdałka.

Badanio serologiczne (Dr. Wojciechowski) zarazem też i bezskuteczne próbne leczenie dużemi dawkami jodu wykluczało kiłowe pochodzenie, pozostało więc uzasadnione podejrzenie nowotworowej natury schorzenia migdałka. Dla badań anatomo-patologicznych wycięto dość znaczny kawałek tkanki.

W tem stadjum chory był przedstawiony na posiedzeniu T-wa z przypuszczalnem rozpoznaniem nowotworu złośliwego migdałka podniebiennego.

Badanie anatomo-patologiczne w zakładzie uniwersytetu ostatecznie potwierdziło nasze przypuszczenie. Prof. Paszkiewicz rozpoznał lymphosacroma tonsillae palatinae.

Chory został poddany operacji (dr. Lewenstern), która polegała na podwiązaniu art. carotis ext., usunięciu powiększonych gruczołów chłonnych i ślinianki, oraz wyjęciu drogą przez jamę ustną guza aż do mięśniówki.

Powtórne badanie anatomo-Patologiczne materjału przez operację uzyskanego wykazało przerastanie mięśni przez tkankę nowotworową. Gruczoły chłonne i ślinianka cech przerzutowych nie wykazują. Chory wobec takich wyników badania został skierowany do naświetlania promieniami Roentgena.

Dyskusja.

Dr. *Lubliner* obserwował podobny przypadek w którym Dr. Markusfeld skonstatował spirochaeta pallida. Martwica szerzyła się błyskawicznie. Ale pod spodem była tkanka nowotworowa i chory szybko zginął.

Dr. *Karbowski* czy nowotwór jest skutkiem anginy Plaut-Vincenti? Czy badanie było przeprowadzone?

Dr. *B. Chorążycki*: krętki i wrzecionowce są wszędzie gdzie jest rozpad tkanek. Plaut-Vincenti nie należy uważać za rozpoznanie z wyjątkiem świeżych przypadków z wysoką temperaturą.

Dr. *Pęski* również nie uważa krętków i wrzecionkowców za podstawę do rozpoznania. Znajdujemy je na owrzodzeniach nowotworowych.

Dr. *Pieniążek*: ciekawem jest, że chodzi o młodego człowieka. W początku trudno było powiedzieć jaka tkanka się znajduje pod owrzodzeniem. Badanie krwi nie było przeprowadzone.

II. Dr. *Pęski* demonstrował chorą lat 24 z **nieznacznem nacieczeniem**

grużliczem lewej struny głosowej i kompletnym jej bezwładem. W plwocinie laseczniki tbc. Rentgen wykazał duże powiększenie gruczołów okołooskrzelowych, czem i tłomaczy się niedowład ex compressione n. recurrenti sin., a nie sprawą lokalną.

Dr. *Sinołęcki* obserwował podobny przypadek.

III. Dr. *Chorążycki B.* pokazuje przypadek **powierzchownych owrzodzeń uvulae, łuków** (po stronie lewej) i tylnej ściany gardła obok poprzecznej blizny. Wasserman ujemny. Po KJ znaczne polepszenie.

IV. Dr. *Karbowski*: **Zmysł słuchu, a czucie wibracyjne.**

Zmysł słuchu i czucie wibracyjne mają tylko tyle wspólnego, że powstały pod wpływem tej samej energji. W licznych pracach o czuciu wibracyjnem nie znajdujemy koncepcji, która by utożsamiała zmysł słuchu z czuciem wibracyjnem. Badanie przeprowadzone nad osobnikami z absolutnym słuchem zarówno jak i nad głuchymi, którzy do utraty słuchu uprawiali muzykę, wykazały, że za pomocą czucia wibracyjnego odróżniamy zaledwie interwal kwinty lub kwarty. Z tego też wynika, że o słyszeniu za pomocą czucia wibracyjnego nie może być mowy. Tylko w przypadkach, w których są resztki słuchu, można czucie wibracyjne wykorzystać jako rezonator (klatka piersiowa). W nauczaniu głuchoniemych wysubtelnianie zmysłu wibracyjnego może być pożytecznem; można też czucie wibracyjne wykorzystać dla lepszego doprowadzenia fal dźwiękowych do wysepek słuchowych o bardzo obniżonej wrażliwości.

Sekretarz: *B. Chorążycki.*

Posiedzenie naukowe 29. III. 28.

Dr. *Kmita* pokazał 3 przypadki:

I. Chora W. lat 5. W pierwszym roku życia zachorowała na szkarlatynę z zajęciem ropnem obu jam bębenkowych. Z prawego ucha wydzielała się obficie cuchnąca ropa. Błona bębenkowa zniszczona. Od góry wycieka ropa, skąd na kilka tygodni przed operacją zaczęły pokazywać się rozrosty polipowate, które wkrótce wypełniły przewód uszny. Nie gorączkuje, wyrostek nie bolesny. Pod miejscowem znieczuleniem i w odurzeniu eterowem dokonano przez **przewód kostny attico-antrotomji z plastyką ze skórnej części przewodu usznego,** ranę za uchem zaszyto. Obecnie już kilka miesięcy przeszło od zagojenia, ucho suche, rana trepanacyjna pokryta zdrowym naskórkiem.

D y s k u s j a.

Dr. *B. Chorążycki* zapytuje czem się prelegent kierował, decydując się na zabieg przez przewód. Na zdjęciu rentgenowskiem polegać w podobnych przypadkach jest dość ryzykowne.

Dr. *Kmita*: Równomierny cień na rentgenogramie bez ognisk rozmiękczenia, przemawia za operowaniem w ten sposób t. j. daje pewność braku sprawy zapalnej w samym wyrostku. Wogóle przebieg kliniczny i badanie kliniczne dają orjentację dostateczną co do stanu wyrostka; w wątpliwych przypadkach należy uciec się do rentgenogramu.

II. Chory K. z powodu **rzekomego złośliwego nowotworu lewego migdałka (sarkoma),** stwierdzonego drobnowidowo, był poddany głębokim naświetlaniom promieniami Rentgena od zewnątrz. Wogóle zastosowane było razem 36 H. (4 $\times$ 9) : dawka stosunkowo słaba. Z dalszego przebiegu sprawy okazało się,

że zrobiono błąd rozpoznawczy i że sprawa na migdałku jest pochodzenia kiłowego. Leczenie specyficzne dało wynik znakomity. W rezultacie okazało się, że po kilku miesiącach od zakończenia naświetlań w ich następstwie migdałki zupełnie zanikły. (należy wspomnieć, że Wassermann robiony w celach rozpoznawczych wypadł ujemnie). Patrząc w gardło, ma się obraz, jaki bywa po wzorowo wyłuszczonych migdałkach.

D y s k u s j a.

Dr. *Luliner* przy naświetlaniu główek dzieci z favusem Dr. L. obserwował zanik wyrośli w jamie nosowo-gardłowej. Dawki były małe, ale częste, suma więc promieni była znaczna i działanie wystarczające.

Dr. *Kmita*: Naświetlania przy parchach na głowie stosowało i stosuje się powierzchownie. W danym przypadku zaś naświetlanie było stosowane głębokie promieniami twardemi, bezpośrednio biorąc migdałki w pole działania. Dlatego też wiązanie zanikania wyrośli adenoidalnych z naświetlaniem powierzchownem na skórze głowy wydaje mi się niepewnem.

III. Chory J. W. **Z powierzchownem owrzodzeniem dolnej wargi.** Sprawa ta trwa około 2 lat. Do rozpoznania. **Epithelioma?**

Sekretarz: *B. Chorążycki.*

Posiedzenie naukowe 26. IV. 1928.

I. Dr. *Polanski*. Pacjent l. 52, pracuje od kilku lat w dużym kurzu. W styczniu r. b. powstała stopniowo chrypka, tak że w ciągu ostatnich tygodni mógł mówić tylko szeptem, obecnie głos nieco się wyjaśnił, oprócz tego skarży się na duszność głównie przy chodzeniu i kaszel szczególniej zrana. W nosie i gardzieli zmian ważniejszych niema. W krtani nieruchomość zupełna lewej połowy krtani: lewa struna głosowa w położeniu trupiem, zdrowa chrząstka nalewkowa zachodzi za chorą.

Wassermann ujemny; w plwocinie laseczników Kocha nie znaleziono. Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Roentgena wykazuje: pole szczytu prawego płuca jest zaciemnione, nie wyjaśnia się przy kaszlu; pole szczytu płuca lewego jest zaciemnione, przy kaszlu wyjaśnia się słabo. Oba pola płuc w całości są zmętniałe. Komora lewa serca jest nieznacznie powiększona. Nieznaczne rozszerzenie aorty (dilatatio aortae diff. minoris gradus); danych, które by przemawiały za aneurysma arcus nie stwierdzono (dopisek rentgenologa).

Pacjent leczy się jednocześnie u internisty, który stwierdził rozedmę płuc i rozlany nieżyt oskrzeli. Ze strony serca i dużych naczyń zmian nie skonstatował.

Wobec prawie typowego obrazu krtani dla porażenia lewego nerwa zwrotnego przy pierwszem badaniu chorego można było przypuszczać, że mamy do czynienia z rozszerzeniem łuku aorty, lecz odpowiedź rentgenologa zaprzecza temu kategorycznie. Wskutek czego rozpoznanie staje się niejasnem. Dr. *Połański* skłonny jest do przypuszczenia, że mamy tu **do czynienia z nowotworem krtani,** który rozwija się w głębi tkanki powodując w pierwszym okresie rozwoju nieruchomość lewej połowy krtani.

D y s k u s j a.

Dr. *Srebrny*, przerost lewej komory często daje porażenie n. zwrotnego.

Dr. *Polański*: w obrazie rentgenologicznym jest wyraźnie zaznaczone, że

„komora lewa serca jest tylko nieznacznie rozszerzona, co ze względu na wiek chorego i jego długoletnią pracę fizyczną można uważać za objaw prawie zwykły, który nie może wywołać całkowitego porażenia n. zwrotnego.

Dr. *Lubliner*: porażenie n. zwrotnego jako zwiastun nowotworu jest możliwe.

Dr. *Peski*: uważa porażenie n. zwrotnego za wynik przerostu aorty.

Dr. *Polański*: nie zgadza się z dr. Pęskim, gdyż rentgenolog wyraźnie w dopisku zaznaczył, że aneurysmą arcus aortae w danym przypadku nie stwierdzono.

II. Dr. *Lubliner*. **O paracentezie.**

Omówiwszy pokrótce anatomję i histologję błony bębenkowej, Dr. L. podaje wskazania i przeciwskazania do wykonania przecięcia błony bębenkowej w przypadkach ostrych t. j. w ostrem wysiękowem zapaleniu jamy bębenkowej i w ostrem ropnem zapaleniu. Prócz samoistnych zapaleń jamy bębenkowej przeważnie mamy do czynienia z zapaleniem jamy b. jako powikłaniem w przebiegu chorób infekcyjnych i zakaźnych.

Co do samego zabiegu Dr. L. cytuje poglądy szkoły francuskiej i niemieckiej. Opierając się na własnych b. licznych doświadczeniach dochodzi do wniosku, że nader często paracenteza nie chroni chorego od dalszych powikłań i od konieczności interwencji chirurgicznej na wyrostku i antrum. Opisawszy kilka bardziej wybitnych przypadków ze swych obserwacyj, Dr. L. wskazuje na przypadki, w których dokonanie paracentezy jest nieodzownym zabiegiem i na te, w których przecięcie bł. b. nie jest wskazane, a nawet niepotrzebnie naraża na dalsze i dłuższe cierpienie.

D y s k u s j a.

Dr. *Koenigstejn* prostuje pewne dane anamnestyczne przytoczonego przez Dr. L. przypadku z zejściem śmiertelnym. Przypadek ten odrazu był bardzo ciężki i nie rokował nadziei wyzdrowienia, gdyż chora przybyła z objawami ogólnego zakażenia. Paracenteza zaś była wykonana przez kolegę w Grodnie lege artis. Dr. K. jest zwolennikiem wczesnej paracentezy i sądzi na zasadzie własnego doświadczenia, że częściej operujemy t. zw. przypadki „zaniedbane", czyli to przypadki, gdzie przecięcie bębenka nie było w swoim czasie dokonane. Gdybyśmy się ociągali z paracentezą, cóżby się stało z temi przypadkami skrytych postaci zapaleń ucha (otitis latens) u dzieci i osesków, gdzie często, nie mając przed oczyma objektywnych danych (wskutek trudności przy badaniu ucha u dzieci i osesków) robimy „próbną" paracentezę i tą drogą ratujemy życie dziecka? Zresztą aseptycznie wykonana paracenteza nawet tam gdzie wysięku w jamie bębenkowej nie było, jak uczy klinika, choremu zazwyczaj nie szkodzi.

Z drugiej strony, hołdując starej zasadzie: „ubi pus ibi evacua", możemy drogą paracentezy ulżyć choremu i zmniejszyć ból wyrostka sutkowego i przykre sensacje subjektywne. Przechodząc do wzmiankowanych przez prelegenta wskazań co do wczesnej paracentezy, Dr. Keenigstein na zasadzie własnego doświadczenia, zajmuje stanowisko wyczekujące i nie kwapi się z cięciem bębenka, zwłaszcza w przypadkach tych, gdzie sprawa chorobowa jest mocno zarysowana w gardle i jamie nosowo-gardłowej. W każdym razie Dr. K. czeka tak długo, aż nabierze pewności, że w jamie bębenkowej natrafi na czystą ropę, a nie na sprawę zgorzelinową.

Dr. *Pieniążek* uznaje całą wagę tematu poruszanego przez prelegenta

a zwłaszcza jego długoletnie doświadczenie, nie może jednak w całej rozciągłości zgodzić się z wnioskami wypowiedzianemi.

Niepożądane powikłania, któremi prelegent obciąża paracentezę, mogą być tłumaczone bądź uchybieniami technicznemi, bądź zakażeniem z przewodu zewnętrznego, co nie zawsze obciąża lekarza, wreszcie pewnemi zboczeniami struktury anatomicznej (krwawienie stąd wynikłe). Wszystko to jednak nie daje podstawy do kwestjonowania pożytku i potrzeby paracentezy.

Przy ocenie wskazań prócz znanego obrazu bł. bębenk., należy też brać pod uwagę wiek pacjenta, oraz tę okoliczność, czy zapalenie ucha środkowego występuje samoistnie, czy też wikła jakąś inną zwłaszcza zakaźną chorobę. Co do wieku o to wskażę tylko na te szybkie pomyślne wyniki paracentezy u niemowląt i małych dzieci, zwłaszcza gdy mieliśmy tak częste u tych pacjentów objawy mózgowe.

Wśród drugiej grupy—mianowicie zapaleń ucha środkowego, występujących w przebiegu chorób zakaźnych, to mając na względzie zjadliwość czynnika zakaźnego i zmniejszoną odporność wyczerpanego organizmu, popełnilibyśmy błąd nie starając się przez paracentezę ochronić ucho środkowe od niszczącego wpływu wysięku zapalnego. Nie zawsze jednak paracenteza, nawet najwcześniejsza, jest w stanie zapobiedz zniszczeniu bębenka, co zwłaszcza bywa przy płoniczem powikłaniu. O tem poucza nas doświadczenie, wbrew temu co dawne podręczniki twierdziły, a co powtarza się czasem i dziś (artyk. Brauna w Pol. Gaz. Lek. 1927 Nr 2).

W tym kierunku zauważyć muszę, że prof. Siebenmann nawet przestrzegał wogóle przed wczesną paracentezą bębenka w przebiegu powikłań płoniczych w tem przekonaniu, że paracenteza stwarza właśnie warunki fizyczne, ułatwiające przenikanie zakażenia do ucha przez trąbkę Eustach. od strony jamy nosowo-gardłowej (przytoczono wedł. Negera, Zeitschr. f. Ohrenheik. tom 57, r. 1909.

Dr. *Srebrny*. Wskazanie do paracentezy może być względne i bezwzględne. Jeżeli błona bęb. jest zaczerwieniona, bóle są niewielkie, ciepłota prawidłowa lub nieznacznie podniesiona, to przecięcie błony może być, ale nie musi być zrobione. Konieczna jest paracenteza w razie silnego bólu, trwającego kilka dni, wysokiej gorączki, również kilka dni trwającej, oraz objawów mózgowych. Wreszcie u ludzi starych, ze zgrubiałą bł. bęb., wskazana jest paracenteza. Należy jednak zwalczać pogląd, że każde zaczerwienienie bł. bęb. jest wskazaniem do natychmiastowej paracentezy. Paracenteza ma tę wyższość nad spontanicznem otwarciem błony, że robimy ją w miejscu najdogodniejszem dla odpływu ropy, gdy pęknięcie błony może nastąpić wysoko. Paracenteza jest zabiegiem niewinnym i nawet niepotrzebnie wykonana poza chwilowym bólem szkody choremu zdaje się nie przynosi. Mówię: zdaje się, gdyż przypadki w których występuje ropienie z ucha dopiero w kilka dni po paracentezie budzą podejrzenie, czy paracenteza nie ułatwiła zakażenia jamy bębenkowej od strony przewodu słuchowego. To, co nazywamy wypukleniem błony bębenkowej, pozwalającem przypuszczać, że poza nią znajduje się wolny wysięk, nie jest właściwie wypukleniem, lecz nacieczeniem bł. bęb., o czem przekonywamy się po przecięciu błony, gdy z poza niej żaden płyn się nie wydobywa. Mniemane „wypuklenie" błony nie jest zatem wskazaniem do paracentezy. Co się tyczy techniki paracentezy, uważa Dr. S. za wskazane przecinanie błony nożykiem sierpowatym, a nie przekłuwa-

nie igłą: przecinanie jest metodą bardziej chirurgiczną, pozwala rozciąć błonę od góry do dołu i prędzej chroni od skaleczenia wzgórka, niż przekłucie igłą.

Dr. *Karbowski.* Można być przeciwnikiem paracentezy w przypadku nieżytu ucha środkowego. Osobiście nie stosuje dr. K. przekłucia w przyp., w których jest płyn przesiękowy w jamie bębenkowej. Mało jest skuteczne przekłucie w okresie zbyt wczesnym spraw zapalnych, infekcyjnych. Nie ulega natomiast wątpliwości, że w ropnych sprawach przebiegających z wysoką ciepłotą i silnemi bólami, przekłucie błony jest bezwzględnie wskazane i uzasadnione. Od czasu gdy dr. K. nabrał przekonania o słuszności poglądu, że w sprawach zapalnych wyrostka sutkowego dużą rolę odgrywają warunki hydrauliczne, stosuje paracentezę wielokrotnie w przebiegu spraw zapalnych wyrostka sutkowego. Dr. K. ma wrażenie, że wielokrotna paracenteza prędzej prowadzi do wyleczenia sprawy w zatoce sutkowej i w przylegających komórkach i zaprzestania ropienia. Pamiętać jednak należy, że zdala od ucha środkowego mogą istnieć ogniska, które pomimo wyleczenia ucha środkowego dają często i nawet śmiertelne powikłania.

Dr. *Meyerson.* Paracent. powinna być wykonaną „lege artis". Dr. M. nigdy nie widział szkody po paracentezie.

Dr. *Kmita* sądzi, że lepiej zrobić niepotrzebną paracentezę niż wyczekiwać.

Dr. *B. Chorążycki* uważa paracent. za zabieg łatwy i nieszkodliwy. Trudności nastręczają przypadki, w których zmiany w uchu środkowym i bł. bęb. są zależne od spraw chirurgicznych w najbliższem otoczeniu. Flegmony szyjnych gruczołów chłonnych, okołomigdałkowe i nawet zwyczajne czyraki ucha zewnętrznego mogą wprowadzić lekarza w błąd, gdyż dają nieraz w uchu środkowem zmiany, mogące zmusić lekarza do niepotrzebnej, wzgl. szkodliwej paracentezy. Zapalenie opon mózgowych może też dać w uchu środkowem zmiany uboczne mogące symulować samoistne zapalenie jamy bębenkowej. Wreszcie niektóre choroby konstytucyjne, jak naprz. diabetes, dają nieraz zmiany zapalne i wysiękowe, przy których trudno określić, czy jest ropa w jamie bębenkowej czy nie. Przedwczesna paracenteza może w tym wypadku być fatalną, gdyż dopiero wtedy przedostaje się infekcja do ucha środkowego.

III. Inż. *M. Keller.* Demonstracja **przyrządu wzmacniającego dźwięki.**

Inżynier Michał Keller pokazał skonstruowany przez siebie aparat dla głuchoniemych, składający się z mikrofonu, zaopatrzonego w przyrząd modulacyjny, i z lampy wzmacniającej dźwięki i mowę. Aparat jest przenośny i może być umieszczony w teczce i trzymany naprz. pod krzesłem w teatrze. Słuchawka jest czuła i może być połączona z przyrządem za pomocą kabla dowolnej długości. W aparacie znajdują się 4 zwykłe bateryjki kieszonkowe.

Sekretarz *B. Chorążycki.*

Sprawozdanie z działalności sekcji poznańsko-pomorskiej Polskiego Tow. Oto-Laryngologicznego za czas od czerwca 27 r. do czerwca 28 r.

Członkowie: kol. kol. 1) Bylina, 2) Dembiński, prezes, 3) Dworczykówna, sekretarka, 4) Gałdyński, 5) Glubisz, 6) Grabowski, 7) Laskiewicz, wice-

prezes, 8) Małuj, 9) Rola-Szadkowski, 10) Szulc-Rembowski, 11) Witkowski.

Posiedzeń odbyło się 4.

Sekretarz: *Dworczykówna.*

Sprawozdanie kasowe sekcji poznańsko-pomorskiej Tow. Oto-Laryngologicznego w Poznaniu za czas od czerwca 27 r. do czerwca 28 r.

W roku 1927 płaciło 9 członków składkę roczną w wysokości 20 zł. W roku 1928, 11 członków płaciło składkę roczną w sumie 24 zł.

Klinika Oto-laryngologiczna U. P. wyasygnowała (jak propriis kliniki zdatków ambulatoryjnych)

w październiku 27 r.	120.— zł.
w lutym 28 r.	459.— „
w lipcu 28 r.	94.40 „
Razem:	673.40 zł.

Suma ta przeznaczona na druk Przeglądu Oto-Laryngologicznego (Tom IV, zeszyt III).

Sekretarka: *Dworczykówna.*

Protokół z 4 posiedzenia Tow. Oto-Laryng. sekcji poznańsko-pomorskiej, odbytego w dniu 17.II. 28 w klinice Otolar. U. P. ul. Fredy 7.

Kol. *Laskiewicz* przedstawia przypadek operowanego przed 2 laty i wyleczonego **zwężenia bliznowatego krtani znacznego stopnia w następstwie peerichondritis ericoarytaenoidea** drogą plastyczną i następowe rozszerzanie modo Sargnon Barlatier przez utworzenie światła krtani. Pacj. od 2 lat nie odczuwa żadnych trudności oddechowych i oddaje się pracy zawodowej. W miejsce plastycznego pokrycia ubytku po laryngofissurze naskutek resorbcji wszczepionej chrząstki występuje podczas nasilonego mówienia nieznaczne uwypuklenie pokrywającej ubytek skóry. Głos natomiast zyskał na sile i wyrazistości, jakkolwiek zawsze jeszcze jest ochrypły. Następuje pokaz 2 przypadków ozeny wyleczonej autohemoterapją (10 wstrzyknięć po 5 cm^3). Pacjentki od $1/2$ roku nie mają żadnych dolegliwości podmiotowych. — Zasychanie i wydzielina nieznaczna.

Następuje pokaz nowonabytych przez klinikę Oto-lar. U. P. przyrządów, jak nowy reflektor czołowy Hente Lidge — wedł. Hasslingera, podkreśleniem jego zalet, szczególnie dokładności oświetlenia przy badaniu i zabiegach endolaryngealnych, nowe tubusy do oesophagoskopji Hasslingera, igła do punkcji zatoki klinowej Menzla.

Pokaz preparatu drobnowidzowego błędnika *z przypadku meningitis basilaris tuberculosa* u dziecka 12-letniego. Obraz histologiczny przedstawia stan ostrego zapalenia błędnika z naciekami dokoła naczyń oraz poszczególnych części błędnika. — Kol. *Dworczykówna* demonstruje 2 przypadki skombinowanego ropienia jam bocznych nosa. Pacj. l. 52 cierpiała od 30 lat na ustawiczne bóle głowy, okresowe mdłości, wymioty, zawroty głowy pod postacią migreny. Rhinoscopia anterior, posterior: wydzielina śluzoworopna w przewodzie środkowym i szczelinie węchowej obustronnie, strupy zasychające na stropie nosogardzieli. Diaphanoscopia: słabe przeświecanie wszystkich jam bocznych. Roentgen: niewyraźny. Punkcja

obu Highmorów ujemna. Sondowanie obu zatok czołowych wykazuje obecność wydzieliny ropnej. Resekcja doszczętna obu muszel środkowych, otwarcie komórek sitowych i zatoki klinowej metodą endosalną Hajeka. — Znaczna poprawa, ustąpienie prawie zupełnie bólów głowy, brak wymiotów i zawrotów.

Pacj. l. 43 z *skombinowanym ropieniem Highmora lewego, obu zatok czołowych, komórek sitowych i zatoki klinowej.*

Następuje referat kol. *Wróblewskiego*: O zjawiskach allergicznych w otorhinologji. Prelegent przedstawia dotychczasowe poglądy na cierpienia, jak gorączkę sienną, nieżyt naczynioruchowy, na dusznicę oskrzelową, które tak w otorynologji, jak w medycynie wewnętrznej były uważane na nerwicę refleksyjną. Zestawiając obserwacje kliniczne nad gorączką sienną zajmuje się badaniem substancji czynnej pyłu kwiatowego, zwłaszcza badaniami Prausnitza, ujmując gorączkę sienną jako idiosynkrazję względnie allergję. Następnie wyjaśnia pojęcie allergji zgodnie z Loewenem jako wzmożoną wrażliwość czyli uczulenie na obco białko, jej odróżnienie względnie podobieństwo do stanów anafilaktycznych; zestawia różne rodzaje stanów allergji w stosunku do rodzajów białka i rozpoznanie stanu allergicznego w gorączce siennej, w nieżycie naczynioruchowym i dusznicy oskrzelowej. Wskazuje na odczyn Widala hemolityczno-koloidowy, jako ważny do rozpoznania tych stanów i podaje wreszcie metody leczenia stanów allergicznych jako leczenie antyanafilaktyczne, screptofilaktyczne, specyficzne, niespecyficzne oraz izolację odczynników wywołujących allergję. Następnie tenże referuje pracę d-ra Pautowa z kliniki Oto-lar. w Leningradzie prof. Wojaczka. Autor podaje krytyce doszczętną operację przegrody nosowej wedł. Killiana zalecając metody konserwatywne jak mobilizację przegrody, redressament, resekcję cyrkularną i resekcję częściową. W dyskusji zabierali głos kol. Gałdyński, Laskiewicz, Dembiński. Kol. Gałdyński stawia metodę Killiana ponad wszystkie inne i stanowczo przeczy temu, by resekcja Killiana lege artis wykonana mogła doprowadzić do zapadnięcia grzbietu nosa; popiera swoje wywody długoletnią obserwacją w klinice Hallego, gdzie licznie wykonane operacje przegrody stosowane były zawsze z najlepszym efektem kosmetycznym. Co się tyczy balotowania pooperacyjnego przegrody śluzowej, to pozostawienie ochrzęstnej, tej matrix tkanki chrzęstnej zapobiega zbytniej jej ruchomeści przez nowotworzenie się chrząstki.

Kol. *Laskiewicz* podtrzymuje możliwość następowego balotowania przegrody nosowej, biorąc pod uwagę, że ochrzęstna jednakże naskutek zabiegu dokonanego zatraca swą zdolność rozrodczą i z dalszych skutków ujemnych wymienia przykre wysychanie w nosie z powodu zmniejszonej wydzieliny gruczołów śluzowych, co potwierdziły badania Simonda w przypadkach sekcyjnych.

Protokół z 7 posiedzenia Tow. Oto-lar. Oddział poznańsko-pomorski, odbytego w dniu 18.X. 28 r. w klinice Oto-Lar. U. P. ul. Fredry 7.

Doc. *Laskiewicz* załącza pokaz:

1) połowy protezy zębowej u mężczyzny l. 30 z 2-ma zębami długości 4½ cm. wydobytej z górnej części przełyku. Proteza ta przebiła ścianę przełyku przy próbie ekstrakcji na prowincji i została wepchnięta do śródpiersia. Z tego powodu musiano wykonać oesophagohypopharyngotomia externa z równoczesnem

otwarciem śródpiersia przedniego. Zmiana tamponady szerokiej co 2 dzień. Przełyk zaszyto zupełnie. Chory żył 4 tyg.; w 4 tygodniu wystąpiły objawy ogólnej pyaemji i exitus letalis.

2) Pokaz kawałka protezy z 4-ma zębami ułożonej wzdłuż długiej osi przełyku, który wydobyto bez trudności na drodze aesophagoscopji.

3) Pokaz kości 3,2 $\times$ 2 cm. tkwiącej w gardle dolnem, którą wyjęto po odsunięciu krtani ku przodowi szpatułą Brüningsa.

4) Pokaz nasadki z trąbki dziecięcej u dziecka 4 letniego z oskrzela lewego zwróconej stożkowatym końcem w dół, a szczelnie przylegającej okrężną podstawą do światła oskrzela, naskutek czego podczas wdechu i kaszlu dało się słyszeć świst właściwy trąbce. Po wprowadzeniu rury bronchoskopu ur. 4. Brüningsa do oskrzela drogą przez krtań, ciało to zachwycono sztancą i wydobyto na zewnątrz. Chory po 2 dniach opuścił szpital jako wyleczony.

5) Analogiczny gwizdek wydostał prelegent przed 2-ma laty z lewego oskrzela u dziecka 5-letniego, u którego ciało to początkowo wcale nie było rozpoznane, jednak z powodu ciężkiej bronchitis internista odesłał do kliniki laryngologicznej.

6) Pokaz kaniulki tchawiczej o średnicy $5^1/_2$ mm. dług. 2 cm. (odpowiadającej 2-ce skali wiedeńskiej) z oskrzela lewego u dziecka l. 13 cierpiącego na gruźlicę płuc i krtani. Pacjent nosił rurkę tchawiczą przez 2 lata i ostatnia skutkiem nieostrożności przy zmianie kaniuli aspirował część oderwaną od płytki do oskrzela lewego. Ekstracja przez przetokę tchawiczą w znieczuleniu miejscowem; po zachwyceniu sztancą ząbkowaną kaniulę łatwo dało się usunąć.

Kol. *Małuj* przedstawia chorego l. 20 z ostrem ropnem zapaleniem ucha środkowego, którego w stanie ciężkim (silne bóle głowy, wysoka gorączka, znaczna bolesność przy ucisku na planum mastoir. i apon. pic. mast.) przyjął na oddział uszny szpitala wojskowego i u którego otrzymał zupełne prawie wyleczenie (pacj. w stanie zdrowienia) po zastosowaniu autovaccyny (streptococus haemolyticus)

w 10 dniu choroby	. . .	50 milj.
w 11 „ „	. . . .	125 „
w 12 „ „	. . . .	250 „

W czasie aż do sporządzenia szczepionki pacjent otrzymał 30 cm^3 surowicy wielowartościowej. Pacjent znajduje się w stanie znacznego polepszenia ustąpienie bólów głowy, bolesności na wyrostku sutkowym, samopoczucie dobre.

Kol. *Wróblewski* przedstawia chorą na nieżyt naczynioruchowy, leczoną początkowo zastrzykami domięśniowymi Caseosanu, które nie wpływały korzystnie na przebieg nieżytu nosa naczynioruchowego, natomiast zastrzyki podskórne wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej po 1 cm^3 w ilości 6 cm^3 dały w wyniku ustąpienie silnych bólów głowy oraz wycieku z nosa.

Wynik leczniczy okazał się jak dotychczas trwałym przypadek należał do formy neuro-hormonalnej nieżytu naczynioruchowego a hypofizyna zadziałała korzystnie na odruch nerwowy. Prelegent rozróżnia dwie formy nieżytu nosa naczynioruchowego ze względu na etiologję, formę anafilaktyczną i neurohormonalną.

Referat kol. *Gałdyńskiego* na temat: **„Przyczynek do zębów atypowo umiejscowionych w jamie nosowej“.**

Większa ilość autorów opisujących zęby atypowo położone w jamie nosowej traktuje przypadki te, jako zwykłe obce ciała jamy nosowej. Koncepcja taka jednak nie jest ścisłą i logiczną, ponieważ musimy sobie uświadomić, że zęby w jamie nosowej atypowo umiejscowione są przeważnie produktem zaburzenia rozwojowego. W przypadku spostrzeganym napotykamy na postać nosologiczną nader rzadko, mianowicie na nadliczbowy ząb umiejscowiony w samej przegrodzie nosowej.

Chodzi o pacjenta, który mnie konsultował w lipcu roku ubiegłego z powodu cuchnącej wydzieliny z nosa i obstrukcji tamże. Poza tem miewał silne boleści głowy, mianowicie w okolicy prawego oczodołu. Wywiad ustala, że choroba trwa mniej więcej trzy lata, w ostatnim czasie nastąpiło znaczne nasilenie dolegliwości.

Status praesens: Mężczyzna w wieku lat 28 o silnej budowie ciała bez żadnych dostrzegalnych objawów chorobowych. Jama ustna bez zmian patologicznych, *uzębienie szczęki górnej kompletne*; tętno miarowe; lues negatur.

Badanie nosa wykazało: przegroda nosa znacznie zboczona, mianowicie w górnym jej odcinku. Po stronie prawej wyraźny przerost małżowin, dolnej i środkowej; pod małżowiną środkową widać śluzowo ropną wydzielinę w ilości dość znacznej, pochodzącą z przednich zatok nosa. Zewnętrzna powłoka kości sitowej w znacznym przeroście, błony śluzowo - polipowato zwyrodniałe. W okolicy oczodołu strony prawej nie konstatujemy żadnego obrzęku ni nacieczenia; na dotyk okolica niebolesna.

Przewietrzenie i następne płókanie zatoki Highmora uwydatnia znaczną ilość ropy cuchnącej. Natomiast płókanie zatoki czołowej nie wykazało żadnej cieczy patologicznej. Wobec takich wyraźnych dowodów zachorzenia jamy Highmora oraz kości sitowej odstąpiono od zdjęcia Rentgenowskiego, a chorego zakwalifikowano 1) do operacji zatoki szczękowej po 2) do operacji komórek sitowych.

Operacja zatoki szczękowej wykonana metodą *Canfield-Sturmana* miała przebieg normalny. Resekcja komórek sitowych, wykonana metodą *Hallego* była poprzedzona jak zwykle w takich wypadkach resekcją przegrody nosowej, dłuto napotyka na przeszkodę o twardości stalowej. Po oddłutowaniu okolicy przeszkody ukazuje się wierzchołek stożkowaty imponujący jako szkliwo zębowe; po dalszem ostrożnem oddłutowaniu okolicy można było przystąpić do ekstrakcji ciała obcego, które teraz rozpoznano jako ząb o jednym korzeniu, z koroną stożkowatą o ściętych szczytach, prawdopodobnie ząb należący do kategorji kłów. Ząb ten nadliczbowy umiejscowiony w samej przegrodzie nosa nie mógł być, rzecz prosta, powodem zachorzenia zatoki Highmora; wklinowany w grzebieniu podniebiennym szczęk górnych względnie kości podniebiennych mógł powstać bez żadnych objawów patologicznych.

W kwestji klasifikacji okazu tego to w pojęciu interpretacji *Partscha* nie można mówić w danym wypadku o zwykłej retencji zęba. Retencja istotna zachodzi tylko wtenczas, gdy ząb względnie zawiązek jego w typowem miejscu położony, nie wykluwa się tamże. We wszystkich innych wypadkach należy lepiej stosować miano *zabłąkania* się zębów. Co zaś do etjologji zabłąkania się tego, to powstaje ona, jeśli chodzi o zęby *siekacze*, na tle zaburzenia rozwojowego kości międzyszczękowej, jak to udowodnił *Köllreuther*. Dla innych zębów można przyjąć tezę *Eiferta* wedle której jeszcze przed ostatecznem złączeniem

się szczeliny podniebiennej następuje przemieszczenie zawiązka zębowego w kierunku do jamy nosowej; że prócz tego i w tych wypadkach zaburzenie rozwojowe odgrywa pewną rolę, nie ulega wątpliwości. W opisanym przypadku prócz zaburzenia rozwojowego trzeba jeszcze przyjąć obrót zawiązka zębowego o 180°, czyli inwersję wskutek czego wykłucie się zęba nastąpiło ze szkliwem do przegrody nosowej.

Następuje sprawozdanie doc. *Laskiewicza* z I Międzynarodowego Kongresu Oto-Laryngologicznego w Kopenhadze w czasie od 29.VII. — 1.VIII 28 r. (patrz Nowiny Lekarskie Tow. Przyjac. Nauk Poznań. Zeszyt 20, rocznik XL z dn. 15 paźdz. 28 r., str. 724).

Protokół z 5 posiedzenia Tow. Oto-lar., Oddz. poznańsko-pomorski, odbytego w dniu 6 marca 28 r. w klinice Oto-laryng. U. P. ul. Fredry 7.

Doc *Laskiewicz* 1) demonstruje przypadek **fibroma iuvenile** leczonego za pomocą elektrokoagulacji, a następnie usuniętego doszczętnie przy pomocy pętli gorącej. Pacj. znajduje się na drodze do wyleczenia, 2) załącza pokaz wyjętego drogą endonasalną sposobem Claoué kawałka sztyftu odłamanego i uwięzniętego w jamie górnoszczękowej prawej. Sztyft ten nasadzony na płytce kauczukowej służył jako obturator do utrzymania otworu sztucznego—(pkej. operowana przed 12 laty) — prowadzącego przez zębodół III-go zęba trzonowego do jamy Highmora pr. zajętej procesem przewlekło — zapalnym. (Rentgenogram). W dyskusji zabierali głos kol. Glabisz, Laskiewicz. Kol. *Wróblewski* wygłosił referat poglądowy o **gruźlicy krtani** z uwzględnieniem najnowszych badań nad drogami zakażenia i rozdziału anatomo-patologicznego (Aschoff, Manasse Ranke).

W patologji gruźlicy krtani uwzględnia prelegent czynniki konstytucyjne i biochemiczne oraz spostrzeżenia kliniczne o allergji i anergji gruźlicy krtani. W terapji omówiono leczenie ogólne, klimatyczne, djetetyczne, specyficzne, metody wskazania zabiegów chirurgicznych i zastosowanie t. z. fototerapji. W fototerapji wymienia leczenie naświetlaniami ogólnemi, lampą kwarcową, lampą Finsena i miejscowe naświetlania na krtań według Cemacha oraz lampą Wesselyego wreszcie metody leczenia promieniami Röntgena.

Następuje referat kol. *Gierwala*. O dotychczasowych wynikach leczniczych w gruźlicy krtani, otrzymanych w klinice Oto-lar. U. P. przez zastosowanie naświetlań lampą Wesselyego.

Prelegent nawiązuje do referatu kol. Wróblewskiego i podkreśla doniosłe znaczenie lampy Wesselyego w dziejach leczenia gruźlicy, krtani. Z 46 leczonych w klinice pacjentów 21 odczuwa wyraźną poprawę, a 5 znajduje się na drodze do wyleczenia. Z dodatnich wyników stwierdził działanie znieczulające na szeregu przypadków. Ważne znaczenie w tem przepisuje szybkiemu zastosowaniu odpowiednio wysokich dawek światła. Jako przykład referuje przypadek znacznego bólu przy połykaniu w następstwie perichondritis arythaenoidea usuniętego doszczętnie po 4 naświetlaniach o natężeniu 20 amperów na przeciąg 9 minut, stosowanych co 3-ci dzień zauważył wzmożenie się siły głosowej o przypadkach aphonji na tle gruźliczem jako dalszy wpływ leczniczy na czynność głosową krtani.

W dyskusji zabierali głos kol. Glabisz, Wieleński, Laskiewicz, Szulc-Rem-

bowski, kol. Glabisz wskazuje na prace Strandberga z zakładu Finsena ogłoszoną w ostatnim numerze Folia Oto-laryngologica. Kol. Laskiewicz podnosi zalety lampy Wesselego w przeciwieństwie do Finsena jak utrzymanie stałego natężenia światła, wogóle uproszczoną technikę naświetlań z powodu doskonałej aparatury. W przeciwieństwie do zachęcających rezultatów otrzymanych przez lampę Wesselego i Finsena kol. Glabisz podkreśla niedoskonałość rentgenoterapji, prowadzącej niekiedy do ciężkich uszkodzeń krtani jak n. p. poparzenia i pogorszenia sprawy swoistej, mówca podnosi zalety postępowania chirurgicznego jak n. p. w operowanym przez siebie przypadku gruźlicy krtani, gdzie po wyskrobaniu w pozycji Killiana z zwisającą głową mimo przejściowego pogorszenia nastąpiło wyleczenie zupełne pacjenta z odzyskaniem czystego głosu.

Kol. Laskiewicz wskazuje na dobre wyniki otrzymane przez rozpylania do krtani rozczynu 1% novocainy i 0,1% adienaliny tuż przed naświetlaniem promieniami R. celem zabezpieczenia od możliwych poparzeń. Kol. Laskiewicz załącza pokaz preparatu bębenka u starca 71-letniego z areus lipoides myringis barwiony metodą Smith—Dietricha i błękitem Nilu wykazującego obok nagromadzenia cholestearyny także pojedyńcze grudki tłuszczów obojętnych w obrębie areus.

Protokół z 6 posiedzenia Tow. Oto-Laryng. Oddział Poznańsko-Pomors. odbytego w dniu 24 kwietnia 28 r. w klinice Oto-lar. U. P. ul. Fredry 7.

Doc. *Laskiewicz* przedstawia 1) przypadek raka płaskokomórkowego u mężczyzny l. 56, wychodzącego z przedniej części struny głosowej prawej (badanie drobnowidowe), który operował przed 1/2 rokiem przez laryngofissura z doszczętnem wycięciem struny głosowej, oraz najbliższej okolicy w odległości około 1 cm od ogniska. Obecnie wytworzyła się w miejscu wyciętej struny głosowej podłużna blizna, która uzupełnia dostatecznie czynność głosową. Pacjent ochrypły, jednakże głos wyraźny, brak zmian nawrotu spr. nowotworowej, 2) pokaz wydobytego drogą endobronchialną kawałka kości 2,5 $\times$ 1 cm u chorego l. 31, który wchłonął kość przed 3-ma tygodniami. Z objawami ropnia płucnego w dolnym płacie prawym w stanie bardzo ciężkim został przyjęty do lecznicy kolejowej w Poznaniu. Rentgen wykazywał niewyraźny cień, tuż przy kręgosłupie poniżej prawego 5-go żebra.

Po założeniu bronchoskopu do głównego oskrzela prawego zaczęły się wydobywać obfite ilości ropy, którą całkowicie wyaspirowano, a po jej odpłynięciu widoczna była ziarnina, zakrywająca częściowo ciało obce. Ziarninę usunięto sztancą, poczem już bez trudności udało się zachwycić kość tkwiącą swym stożkowatym końcem częściowo w oskrzelu drugorzędnem. Po przejściowej remisji temperatury wystąpiła ponownie wysoka gorączka oraz objawy zapadu a w kilka dni później już wyraźne objawy ropnia opłucnowego pomimo resekcji żebra i dostatecznego opróżnienia opłucnej z ropy chory zmarł wśród objawów posocznicy. W dyskusji nad powstawaniem ropni płucnych i techniką wydobywania ciał obcych z oskrzeli zabierali głos kol. Szulc-Rembowski, Dembiński, Laskiewicz. Kol Laskiewicz podkreśla możliwość spontanicznego wykształtuszenia ciał obcych małych, okrągłych w tchawicy, naskutek samego już wprowadzenia bronchoskopu jako momentu pobudzającego silny kaszel odruchowy jak to spostrzegł

u dziecka 5-letniego z nasadką kogucika jarmarcznego w tchawicy. Kol. Dembiński przypomina metodę wytrząsania ciał obcych małych okrągłych w pozycji z nogami zwróconemi w górę.

Kol. Wieleński demonstrował przypadek lues congenita z kilakiem przegrody nosowej wykazujący ubytek prawie zupełny przegrody kostnej i chrząstnej nosa.

Doc. Laskiewicz załącza pokaz ciała obcego (szklana perełka) wydobytego w narkozie z jamy bębenkowej po uprzedniej anemizacji ścian obrzękłych przewodu słuchowego i śluzówki jamy bębenkowej przy pomocy haczyka Pollitreza i szczypczyków Becka. Przy wykonanej na prowincji próbie wydobywania, ciało obce zostało wepchnięte poprzez bł. bębenkową do jamy ucha środkowego (ruptura traumatica memb. tymp). W dyskusji nad diagnostyką i techniką ciał obcych zabiera głos kol. Dembiński, Laskiewicz, Glabisz.

Nawiązując do referatów o fototerapji z ostatniego posiedzenia kol. Glabisz wskazuje na pracę Schreiera z kliniki Hinsberga ogłoszoną w Zeitsckrift fur Ohrenheilkunde.

O otrzymanych wynikach przy zastosowaniu lampy Wesselego w gruźlicy krtani.

Kol. Laskiewicz przytacza prace Jelinka i Wesselego ogłoszone w Monatsschrift für Nasen-Hals-Ohrenheilkunde i w Zeitschrift für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Kol. Glabisz podnosi doniosłe znaczenie lampy Wesselego w leczeniu tocznia jamy ustnej.

Sprawozdania z posiedzeń Sekcji Lwowskiej Pol. Tow. Otolaryngologicznego za rok 1928.

Posiedzenie z dnia 21 marca 1928.

Obecnych 11 członków, przewodniczy prof. *Zalewski*.

Dr. *Dobrzański* przedstawił przypadek promienicy szyi z zajęciem krtani (*actinomycosis colli et laryngis).* W wywiadach podał chory, że od 2 miesięcy wystąpił u niego na szyi obrzęk, który z każdym dniem się powiększał. Przy badaniu można było stwierdzić twardy, deskowaty obrzęk, sięgający od okolicy podszczękowej przez chrząstkę tarczykową aż do dołka jarzmowego. Na dolnym brzegu chrząstki tarczykowej stwierdzało się wypuklenie oraz wyczuwało się chełbotanie. Reszta obrzęku twarda, skóra nieprzesuwalna, nieco zaczerwieniona. Badanie krtani wykazało obrzęk galaretowaty lewej chrząstki nalewkowej, obu fałdów nalewkowonagłośniowych, całej nagłośni oraz lewego więzadła rzekomego. Ruchomość głośni prawidłowa. Badanie bakterjologiczne i drobnowidowe treści wydobytej przez nakłucie wykazało grzybki promienicy (*actinomyces*). Leczenie wykonano sposobem Barącza, mianowicie wstrzykiwano w nacieki 2% roztwór siarczanu miedzi (*cpruum sulfuricum)* wraz z 1% roztworem nowokainy, oraz wprowadzano w miejscach nacięcia tampony napojone temi roztworami. Po dwutygodniowem leczeniu zauważono bardzo znaczną poprawę. Wreszcie po zakończeniu leczenia sierczanem miedzi zastosowano naświetlania promieniami

Rontgena w celu zapobiegnięcia nawrotom. Po 2 miesiącach chory zgłosił się w stanie całkowicie wyleczonym.

Po posiedzeniu naukowem odbyło się Walne Zebranie Sekcji Lwowskiej Tow. Otolaryngologicznego. Po zagajeniu przez przewodniczącego, kol. sekretarka odczytała sprawozdanie Zarządu za rok 1927. W roku tym odbyło się ogółem 3 posiedzenia naukowe sekcji, oraz jedno w sprawach zawodowych w których brało udział od 7 — 10 członków. Przedstawiono na posiedzeniach 21 przypadków, mianowicie Prof. Zalewski przedstawił 4 przypadki, Dr. Dobrzański— 10 przypadków, Dr. Krygowska — 3 przypadki, Dr. Kędzierski — 2 przypadki i Dr. Szumowski — 2 przypadki.

Następnie kol. skarbnik przedstawił sprawozdanie kasowe za rok 1927. Dochód z wkładek członkowskich wraz z pozostałością z r. 1926 w kwocie 19,80 zł. wynosił 344,30 zł. Rozchód tytułem należytości za salę, opłatę służby i prenumeratę Przeglądu Otolaryngologicznego wynosił 221,00 zł. Na rok 1928 pozostało 123,30 zł.

Wybrano następujący Zarząd Sekcji Lwowskiej na rok 1928: Przewodniczący: Prof. Dr. *Zalewski*, zastępca przewodniczącego: Dr. *Zabłocki*, skarbnik: Dr. *Schnek*, sekretarz: Dr. *K. Szumowski*.

Do Sekcji Lwowskiej należą następujący koledzy: a) Ze Lwowa: Dr. Berlstein Jakób, Dr. Dobrzański Antoni, Dr. Kędzierski Józef, Dr. Krygowska Marja, Dr. Lehm Samuel, Dr. Michna Władysław, Dr. Neumann I., Dr. Schnek Ludwik, Dr. Pułk. Skrowaczewski Paweł, Dr. Sonnenscheim Bernard, Dr. Prym, Spalke Zygmunt, Dr. Szumowski Kazimierz, Prof. Dr. Szymonowicz Władysław, Dr. Trau Karol, Dr. Zabłocki Stanisław, Prof. Dr. Zalewski Teofil. b) Z Przemyśla: Dr. Gans Mateusz. c) Z Drohobycza: Dr. Kuźniar Wincenty.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 czerwca 1928.

Obecnych 10 członków, przewodniczy zast. przew. Dr. *Zabłocki*.

Na wstępie posiedzenia przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnienia pośmiertnego bł. p. Dr. *Jakóbowi Reinholdowi*, zmarłemu w kwietniu b. r. we Lwowie, który był jednym z założycieli Tow. Otolaryngologicznego we Lwowie i brał w niem żywy udział, będąc kolejno jego skarbnikiem i zastępcą przewodniczącego. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

1) Dr. *Dobrzański* przedstawia chorego, lat 32, z bardzo rozległemi zmianami twardzielowemi w nosie (*rhinsocleroma*). Nos w całości bardzo znacznie powiększony i twardy. U nasady nosa widoczne są dwa wypuklenia, w których stwierdza się wyraźne chelbotanie. Otwory nosowe wypełnione były wystającemi na zewnątrz, różowo-szaremi naciekami, tak, że światło jam nosowych było całkowicie zamknięte. U chorego zastosowano zniszczenie nacieków za pomocą elektrokoagulacji od przodu, pod działaniem której nacieki bardzo znacznie się cofnęły i drożność jamy nosowej nieco się poprawiła. Uzyskano w części przedniej przewodów nosowych szerokie światło, natomiast w części tylnej zwężenie pozostało. Dalsze leczenie będzie stosowane w postaci elektrokoagulacji części tylnej jamy nosowej i naświetlań promieniami X. Przypadek jest ciekawy ze względu na bardzo rozległy naciek twardzielowy na wewnętrznej i zewnętrznej stronie nosa oraz ze względu na torbielowate jamy u nasady nosa, wypełnione płynem dość gęstym, mętnym, w którym badanie bakterjolo-

giczne wykazało liczne prątki twardzielowe. Elektrokoagulacja jest metodą bardzo dogodną i odpowiednią do niszczenia nacieków twardzielowych, wypełniających światło jam nosowych całkowicie, ponieważ tą metodą uzyskuje się odpowiednią drożność nosa oraz bliznę gładką, wiotką i nieściągającą się.

2) Dr. *Dobrzański* przedstawia chorego, lat 52, z rakiem krtani (*carcinoma laryngis*), który zajmował obie połowy krtani. W przypadku tym zastosowano laryngofissurę z wycięciem nacieków i chrząstek tarczykowych sposobem autorów francuskich Hautant'a i Portmann'a po wykonanej poprzednio tracheotomji. W następowem leczeniu poddano chorego serjom naświetlań promieniami X. Metoda ta jest korzystną z następujących względów: a) Zabieg powyższy jest dla chorego znacznie mniej niebezpieczny i lżejszy od całkowitego wycięcia krtani, b) nie pozbawia chorego możności wydawania głosu, c) zapobiega następowym uszkodzeniom chrząstek tarczykowych po naświetlaniu promieniami X.

3) Dr. *Kędzierski* przedstawia przypadek z całkowitem bliznowatem zarośnięciem przewodu usznego (*atresio completa meatus acust. ext.*), powstałem skutkiem urazu, przy zachowaniu resztek małżowiny usznej. W przypadku tym wykonano operację plastyczną (f. prof. *Zalewski*), polegającą na wpukleniu płata skórnego do przewodu usznego po poprzedniem wycięciu blizny oraz na rekonstrukcji małżowiny usznej. W przebiegu pooperacyjnym przewód uszny tamponowano i zakładano pręciki blaszeńcowe (laminarja). Wynik osiągnięty był zupełnie dobry. Przewód uszny drożny, małżowina nieco zmniejszona, ale o kształcie prawie normalnym. Błona bębenkowa bez zmian, słuch prawidłowy.

4 i 5) Dr. *Dobrzański* przedstawia dwa przypadki ciała obcego w oskrzelu, wydobytego przez bronchoskopję dolną. a) Dwuletnie dziecko włożyło do ust śrubkę od zegarka; przy zachłyśnięciu się śrubka wpadła do dolnych dróg oddechowych. Zdjęcie rentgenologiczne wykazało obecność śrubki w lewem oskrzelu. Po wykonaniu tracheotomji górnej, wprowadzono rurę bronchoskopijną do tchawicy i przy pomocy ostrych szczypczyków wydobyto na zewnątrz śrubkę z drugorzędnego lewego oskrzela. Rurkę tracheotomijną po tygodniu usunięto. b) Dziewięcioletni chłopak zachłysnął się w czasie napadu kaszlu trzymanym w ustach kawałkiem szkła ze stłuczonej żarówki od latarki kieszonkowej. Zdjęcie rentgenowskie wykazało cień półksiężycowaty 2 cm. długości u lewego brzegu serca tuż poniżej łuku aorty (przypuszczalnie w lewem oskrzelu). Po wykonaniu tracheotomji górnej i wprowadzeniu rury bronchoskopijnej do lewego oskrzela wydobyto na zewnątrz przy pomocy tępych szczypczyków 2 kawałki szkła, które odłamały się przy zachwyceniu szczypczykami, przyczem 2 drobne kawałki chory wykszusił. Po 5 dniach rurkę tracheotomijną usunięto, a rana zagoiła się przez rychłozrost. Przy wydobywaniu ciał obcych z oskrzeli u dzieci najdogodniejszą jest bronchoskopja dolna po wykonaniu poprzedniem tracheotomji, ze względu na większą łatwość, a tem samem większą pewność i szybkość wydobycia ciała obcego głównie przez skrócenie drogi.

6) Dr. *Skrowaczewski* przedstawia obce ciało wydobyte z przełyku w postaci drutu zakrzywionego w kształcie litery U, długości około 5 cm. Ciało o wydobył przez ezofagoskopję z przełyku żołnierza, który przy jedzeniu konserwy drut ten połknął.

7) Dr. *Szumowski* zdaje sprawozdanie z przebiegu II Zjazdu Lekarzy Słowiańskich i VI Zjazdu Czechosłowackich Lekarzy, Przyrodników i Inżynierów, który odbył się w Pradze w ostatnich dniach maja 1928. W sekcji otolaryngologicznej wzięło udział około 40 lekarzy różnych narodowości słowiańskich, w tem 6 Polaków. W czasie trzydniowych obrad sekcji wygłoszono ogółem dwadzieścia kilka referatów w różnych słowiańskich językach, z których niektóre wywołały ożywioną dyskusję. Między innemi wygłoszono: Prof. *Precechtel*: Operacja transnasalna guzów przysadki, Prof. *Ninger*: Diagnostyka różniczkowa schorzeń narządu przedsionkowego obwodowych i ośrodkowych, Dr. *Seidner*: Podwiązywanie żyły szyjnej według zapatrywań kliniki prof. Kutwirta (wszystkie trzy po czesku), Dr. *Sercer*: Studja eksperymentalne nad etjologją twardzieli (po serbsku), Dr. *Szumowski K.*: Leczenie twardzieli środkami chemicznemi (po polsku). Nad ostatnim referatem zabierał głos w dyskusji prof. *Belinow*, prof. *Ninger* i Dr. *Sercer*. W czasie zjazdu zwiedzono klinikę prof. Kutvirta i klinikę prof. Amersbacha w Pradze oraz Zakład głuchoniemych prof. V'ymoli pod Pragą. Po zamknięciu zjazdu odbyły się miłe kilkudniowe wycieczki do czechosłowackich zdrojowisk.

8) Dr. *Szumowski* przedstawia w krótkości wyniki, jakie otrzymał przy leczeniu twardzieli środkami chemicznemi i pokazuje tablice ilustrujące osiągnięte wyniki (rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie naukowe z dnia 29 października 1928.

Obecnych 10 członków, przewodniczy prof. *Zalewski*.

1) Prym. *Spalke* przedstawia chorego, lat 20, z bardzo rozległym ropniem okolicy skroniowej na tle ostrego, zaniedbanego, zapalenia wyrostka sutkowego. U chorego stwierdza się rozległe wypuklenie okolicy skroniowej i sutkowej po stronie lewej, przyczem zniekształcona jest prawie cała lewa połowa głowy na skutek obwodowego obrzęku tkanek, sięgającego ku przodowi do oczodołu i połowy czoła, ku górze do szwu strzałkowego, a ku tyłowi do okolicy potylicznej. Lewa małżowina uszna przesunieta nieco ku przodowi i dołowi. Skóra nieco zaczerwieniona, wyczuwa się bardzo wyraźne chełbotanie. Przypadek podobnie zaniedbany spotkać można tylko w zapadłych okolicach wiejskich, oddalonych od lekarza, wśród ludności mało inteligentnej. W dyskusji zabierał głos prof. *Zalewski* i Dr. *Dobrzański*.

2) Prof. *Zalewski* przedstawia przypadek c i a ł a o b c e g o w oskrzelu wydobytego przez bronchoskopję dolną, w postaci odłamanej r u r k i t r a c h e o t o m i j n e j. U chorego przed 10 laty na skutek otrzymanego na wojnie przestrzału przez krtań, wykonano tracheotomję dolną. Od tego czasu stale chodził z rurką. Od roku rurki nie zmieniał. Przed 8 dniami przed przybyciem do kliniki oderwała się zewnętrzna część rurki tracheotomijnej i gdy chory wyjął rurkę wewnętrzną, oderwana rurka zewnętrzna wpadła do tchawicy. Chory silnie kaszlał i zaczął odczuwać trudności w oddychaniu. Próby wydobycia rurki z oszkrzela, wykonane na innym oddziale, nie powiodły się z powodu trudności zachwycenia rurki szczypczykami wśród obrzęku uciśniętej śluzówki. Po przyjęciu chorego do Kliniki wykonano zdjęcie rentgenologiczne, które wykazało obce ciało w postaci rurki w lewem oskrzelu. Badanie krtani wykazało zrośnięcie się strun głosowych przy pozostawieniu zaledwie wąskiej szparki w części przedniej oraz nie-

ruchomość obu chrząstek nalewkowych. Po wprowadzeniu rury bronchoskopijnej do tchawicy przez otwór tracheotomijny obruszono rurkę przy pomocy szczypczyków rowkowanych, włożonych do jej światła, poczem wydobyto rurkę na zewnątrz przy pomocy ostrych szczypczyków. Po zabiegu chory miał się zupełnie dobrze, nie gorączkował, oddychał swobodnie. Na leczenie operacyjne zwężenia krtani chory nie zgodził się. Dyskusja: Prym. *Spalke* i Dr. *Dobrzański*.

3) Dr. *Kędzierski* przedstawia przypadek kostniako-chrzęstniaka przewodu usznego zewnętrznego (*osteochondroma meatus acust. ext. d.*). Chory lat 21 podaje, że od roku czuje w prawem uchu jakgdyby cisnący ból, przyczem równocześnie zaczął się pogarszać słuch po tej stronie. W przewodzie usznym zewnętrznym po stronie prawej stwierdza się twardy guzek, zamykający światło przewodu, o powierzchni gładkiej nierozpadającej się, wielkości orzecha laskowego, wyrastający z tylnej ściany przewodu. Objaw Webera zbacza wybitnie na prawo, objaw Rinne'go ujemny, objaw Schwabacha przedłużony o 10 sekund, tony niskie i wysokie nieco upośledzone. W przypadku tym będzie wykonany zabieg operacyjny od strony wyrostka sutkowego. W dyskusji głos zabierał prof. *Zalewski*, pułk. *Skrowaczewski* i Dr. *Schnek*.

4 i 5) Dr. *Szumowski* przedstawia dwa przypadki twardzieli, leczone środkami chemicznemi. W przypadku pierwszym zastosowano 20 zastrzyków domięśniowych luatolu co drugi dzień a 1 cm^3, w dwóch serjach po 10 zastrzyków. Osiągnięto dużą poprawę w postaci cofnięcia się części nacieków w nosie a zbliznowacenia reszty, dalej w postaci powrotu drożności nosa do stanu normalnego, zwilgotnienia błony śluzowej nosa, cofnięcia się nacieków w krtani, oczyszczenia się głosu i swobodnego oddychania. W przypadku drugim zastosowano 24 zaszczyki domięśniowe Bismuth. — Chinin. Jodat. co drugi dzień a 3 cm^3, w czterech serjach po 6 zastrzyków, z przerwami od jednego do kilku tygodni. W tym przypadku również osiągnięto dużą poprawę, wyraźnie dającą się stwierdzić. Nacieki w nosie częściowo cofnęły się, częściowo spłaszczyły i zbliznowaciały. Te, które pozostały zabarwiły się na czerwono t. j. na kolor wstrzykiwanego preparatu. Nie stwierdzono jednakże odkładania się preparatu wstrzykiwanego w tkankach ani Rontgenem, ani histologicznie, ani chemicznie. Drożność nosa wyraźnie lepsza, zasychanie nieznaczne. W krtani nacieki podwięzadłowe więcej spłaszczone, drożność krtani lepsza. Leczenie twardzieli środkami chemicznemi ma duże znaczenie dla zwalczania tej choroby, ponieważ do pewnego stopnia udostępnia je ogółowi lekarzy. W dyskusji głos zabierali Prym. *Spalke*, Dr. *Sonnenschein*, Dr. *Trau* i Dr. *Dobrzański*

6). Dr. *Dobrzański* zdaje sprawozdanie z przebiegu I Międzynarodowego Zjazdu Otolaryngologicznego w Kopenhadze.

K. Szumowski.

Wiadomości bieżące.

Posiedzenie Sekcji Otolar, XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbywać się będzie w lokalu Kliniki Otolaryng. Uniwersytetu Stef. Batorego (na Antokolu). Zrana do godz. 12-ej odbywać się będą posiedzenia ogólne Zjazdu bez dyskusji, na których będą wygłoszone odczyty:

26.IX. prof. L. Marchlewski—na temat „Przemiana materji w świetle zwierzęcym i roślinnym".

27.IX. prof. E. Godlewski — na temat „Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne".

28.IX. prof. E. Piasecki — na temat „Biologiczne podstawy wychowania fizycznego".

29.IX. prof. W. Nowicki — na temat „Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem".

Poza tem część ostatniego posiedzenia poświęcona będzie pamięci Józefa Mianowskiego z powodu 50-lecia Jego śmierci. Przemówienie wygłosi profesor Wrzosek.

Od godz. 12 — 2 i 4 — 7 posiedzenia sekcji.

26.IX. o godz. 12 — 2 odbędzie się Walne Zebranie członków Polsk. T-wa Otolaryngol., na którem zostanie wygłoszone sprawozdanie za rok ubiegły, sprawozdanie kasowe, sprawozdanie Redakcji Przeglądu Otolaryngol., oraz dokonany będzie wybór prezydjum. O godz. 4 tegoż dnia zostanie wygłoszony pierwszy programowy referat p. t. „Powikłania wewnątrzczaszkowe i oczodołowe w sprawach ropnych ostrych i przewlekłych jam bocznych nosa". Referenci doc. Laskiewicz i prof. Szmurło. Następnie wygłoszone będą luźne referaty:

1) Dr. Miodoński: O znaczeniu badania otoneurologicznego w rozpoznaniach guzów jamy czaszkowej.

2) Dr. Srebrny: Dalsze spostrzeżenia dotyczące nieopisanej dotąd typowej choroby nosa.

3) Dr. Hellin: Bliźnięta a otolaryngologja.

4) Dr. Z. i W. Dobrowolscy: Wrodzony syfilis nosa, gardła i krtani.

5) Dr. Chorążycki: Przyczynek do topografji i mechaniki migdałków podniebiennych.

6) Dr. Srebrny: Choroba Thornwaldta.

7) Dr. Meyerson: Przypadek raka krtani spostrzegany od chwil jego powstania.

9) Dr. Batawia: Przypadek guza jamy gardłowej u 4-tygodn. dziecka.

27.IX. w godzinach południowych temat zasadniczy p. t. „Posocznica pochodzenia usznego" — referenci Dr. Lubliner, Dr. Pieniążek. Po południu luźne referaty:

1) Prof. Dr. Zalewski: Z antropologji małżowiny usznej.

2) Dr. Schwarzbart: Z kazuistyki powikłań w przebiegu schorzeń usznych.

3) Dr. Dobrzański, Dr. Grabowski, Dr. Szumowski: Roentgenografja wyrostka sutkowego w przypadkach prawidłowych i patologicznych.

4) Dr. Karbowski: Podkostnikowa doszczętna operacja ucha środkowego.

5) Dr. Szumowski: Dalsze badania nad próbą Prof. Zalewskiego w przypadkach prawidłowych i patologicznych.

6) Dr. Lewande: Pierwotne i całkowite zaszywanie rany pooperacyjnej po mastoidotomji.

7) Dr. Wąsowski: Do sprawy obrazu anatomo-patologicznego mastoiditis acuta.

8) Dr. Rozwadowski: Jonizacja w cierpieniach ucha.

9) Dr. Chorążycki: Słuch a choroby zawodowe.

10) Dr. Karbowski: Cierpienie Meniera u białych myszy.

11) Dr. Sawicz: Porównawcza anatomja błędnika psa i kota.

28.IX. w godzinach południowych temat zasadniczy p. t. „Oezophagoskopja pod względem rozpoznawczym i terapeutycznym" refer. Dr. Dobrzański, Dr. Loeweafisz. Po południu temat zasadniczy p. t. „Proteino i rakcynoterapja w otolaryngologji" — refer. Dr. Wąsowski, oraz luźne tematy:

1) Prof. Dr. Szumowski: Kilka uwag o leczeniu zdrojowem chorób nosa gardła i krtani.

2) Prof. Dr. J. Szmurło: Metody inhalacyjnego leczenia i wskazania do niego.

3) Dr. Schwarzbart: Inhalacja i aerotherapja (z punktu widzenia laryngologa, internisty i balneologa).

4) Dr. Stępowska: Ogólna klasyfikacja zaburzeń mowy a Dyslalia.

5) Dr. Schwarzbart: Walka z głuchoniemotą i wadami wymowy.

6) Dr. Dylewski: Sigmatismus i jego leczenie w świetle nowych badań i spostrzeżeń.

7) Dr. Szumowski: Dalsze wyniki leczenia twardzieli środkami chemicznemi.

8) Dr. Berlinerblau: Leczenie twardzieli szczepionkami.

9) Dr. Karbowski, Dr. Floksztrupmf: Leczenie radem w rhinolaryngologji na podstawie 3-ch letniego doświadczenia.

10) Dr. Wąsowski: Wpływ eterowej rektalnej narkozy na wątrobę.

11) Dr. Berlinerblau: Odczyn wiązania dopełniacza w twardzieli.

29.IX. Tematy, które spadną z kolei będą wygłoszone dnia tego na posiedzeniu południowem.

—:—

Państwowa Szkoła Higjeny w Warszawie prosi nas o zawiadomienie, że w roku bieżącym Min. Spr. Wewn. organizuje w tej szkole specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby się poświęcić publicznej służbie zdrowia Kurs trwać będzie 9 m. od 2.IX.29 do 3.V.30. Są przewidziane stypendja po 350 zł. miesięcznie. Bliższych szczegółów zasięgnąć można w Państw. Szkole Higjeny. Chocimska 24. Warszawa.

—:—

Koło Lekarzy T-wa Pomoc Lekarska prosi nas o zawiadomienie, że ogłasza konkurs za najlepszą pracę z biologji i patologji żydów. Nagroda wynosi 1000 zł. O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego. Termin nadsyłania prac ubiega 30 czerwca 1930 r.

—:—

Dr. Antoni Dobrzański habilitował się w Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie w zakresie chorób uszu, nosa i gardła.

RÉSUMÉ.

Bibikowa et Zimmermann. Le signe d'Argyll-Robertson en lumière des considérations oto-neurologiques.

Le signe d'Argyll-Robertson est positif dans les circonstances pathologiques suivantes: la tumeur du cerveau, la démence précoce, les consequences des maladies infectieuses, des intoxications. On observe ce signe dans les cas de meningites aiguës aussi fréquemment que dans la syphilis du cerveau. Les auteurs décrirent un cas de meningite aiguë chez une jeune fille, où ils trouvèrent une somnolence très marquée, perte de connaissance, l'absence du reflexe du tendon d'Achille, le signe d'Argyll-Robertson positif, la reduction de la conductibilité osseuse et la lésion de l'appareil vestibulaire. La lésion du véstibule avec le signe d'Argyll-Robertson positif permet d'expliquer des causes de la maladie par les troubles des centres: ciliospinal et rétrécissant la pupille.

Wulfson. Contribution à la clinique des tumeurs mixtes du pharynx et du palais.

L'auteur décrit 3 cas de tumeur mixte du pharynx et du palais. En se fondant sur ses observations et sur les données de la litterature, l'auteur vient aux conclusions suivantes: 1) les tumeurs mixtes ne sont pas toujours benignes; 2) ils peuvent être d'origine épithélial et mesothélial; 3) leur traitement doit être chirurgical toujours; 4) la trachéotomie et la ligature des vaisseaux du cou n'est pas nécessaire.

Wąsowski. La formule leucocytaire dans l'otite moyenne suppurée aiguë et dans ses complications.

Les très nombreuses recherches de l'auteur sur la formule leucocytaire dans les cas d'otite moyenne et dans ses complications laissent le soutenir que dans l'examen du sang nous avons un excellent moyen auxillaire pour le diagnostic du caractère et de l'intensité de l'affection. Il faut toujours analyser toute la formule: ce n'est que la comparaison de tous les elements de la formule qui nous permet d'eviter l'erreur diagnostique.

Laskiewicz. Sur la roentgenographie du larynx.

L'auteur entreprit des nombreuses recherches roentgenographiques dans les cas de tuberculose du larynx, de syphilis tertiaire du larynx, de cancer, de perichondrite des cartilages du larynx et dans les cas des affections produites par les troubles du

metabolisme. En étudiant les roentgenogrammes de la tuberculose du larynx, il a trouvé constamment l'effacement des contours du larynx. Les foyers du Calcium dans les cartilages du larynx n'avaient jamais eu de limites nettes de la calcification. Dans la syphilis tertiaire du larynx les roentgenogrammes du larynx sont plus nettes. Le plus souvent on peut trouver des foyers de calcification dans les cornes de la thyroïde et de la plaque du cartilage cricoïde.

Les tumeurs malignes provoquent la calcification des cornes et de la plaque de thyroïde assez tôt. Les foyers du calcium sont sans limites nettes. La perichondrite des cartilages du larynx donne toujours dans l'image roentgenographique l'ombre très nette. Les resultats obtenus par l'auteur prouvent que nous avons dans cette méthode un excellent moyen diagnostique.

Gumiński. Un cas d'oidium albicans et la diphtérie de l'oesophage.

La déscription d'une observation personelle, concernant la coexistance de deux affections differentes de l'oesophage: du moisi et de la diphtérie.

Wąsowski. La syphilis auriculaire.

Dans le chapitre sur la syphilis héréditaire l'auteur prête le plus d'attention á la lésion de l'oreille interne dans la période tardive de la maladie. Dans le tableau clinique les troubles auditifs de differente force dominent. Le second symptôme fréquent, c'est la diminution de l'audition des sons graves. La diminution de l'audition des sons aigus est plus rare. La conduction osseuse varie, en général, peu, surtout dans la période précoce. En ce qui concerne l'appareil vestibulaire, la diminution d'excitabilité rotatoire est plus fréquente, les troubles de la réaction galvanique sont plus rares. Le symptôme d'Hennebert l'auteur n'a rencontré que 4 fois, le symptôme de Mygind 2 fois. L'analyse de son matériel ainsi que les données de la littérature le font supposer, que dans la syphilis héréditaire tardive nous avons l'affaire avec le processus inflammatoire du labyrinthe même.

Au bout de son travail l'auteur traite en peu de mots les méthodes du traitement de la syphilis en général, signalant certaines méthodes spéciales du traitement de la syphilis auriculaire.